

Tiina Mäkinen & Sofia Thodén

**TURVALLISEN LÄÄKEHOIDON TOTEUTUMINEN
TERVEYSKESKUKSEN VUODEOSASTOILLA**

**Opinnäytetyö
CENTRIA AMMATTIKORKEAKOULU
Hoitotyön koulutusohjelma
Sairaanhoitajan sv
Lokakuu 2015**

TIIVISTELMÄ OPINNÄYTETYÖSTÄ

Yksikkö Kokkola-Pietarsaaren yksikkö	Aika Lokakuu 2015	Tekijä/tekijät Tiina Mäkinen Sofia Thodén
Koulutusohjelma Hoitotyön koulutusohjelma, Sairaanhoitaja AMK		
Työn nimi Turvallisen lääkehoidon toteutuminen terveyskeskuksen vuodeosastoilla		
Työn ohjaaja TtM Anita Hollanti		Sivumäärä 63 + 4
Työn tarkastaja TtM Timo Kinnunen		
<p>Opinnäytetyön tarkoituksena oli selvittää lääkehoidon turvallista toteutumista Kokkolan terveyskeskussairaalassa. Opinnäytetyön tavoitteena oli tuoda esille turvallisen lääkehoidon toteutumisen haasteita ja näin tukea turvallisen lääkehoidon kehittämistä Kokkolan terveyskeskussairaalassa.</p> <p>Opinnäytetyö toteutettiin kvalitatiivisella tutkimusmenetelmällä. Aineistonkeruu toteutettiin avoimella kyselylomakkeella. Kohderyhmänä olivat Kokkolan terveyskeskuksen vuodeosastoilla 1, 2 ja 4 työskentelevät sairaanhoitajat. Aineistoa käsiteltiin induktiivisen sisällönanalyysin avulla.</p> <p>Tulosten mukaan sairaanhoitajat kokivat turvallisen lääkehoidon koostuvan lääkehoidon osaamisesta ja ammatillisesta osaamisesta. Turvallisen lääkehoidon toteutumisen takaavina tekijöinä nähtiin hoitajien ammattitaito, lääkkeiden kaksoistarkistus, resurssit lääkehoidon toteuttamiselle, ajantasaiset lääkehoidon merkinnät, selkeä työnjako ja hyvä työilmapiiri. Tulosten mukaan lääkehoito on organisoitu toimintaympäristössä kokonaisuudessaan hyvin. Lääkehoitoa ohjaavat osastokohtaiset lääkehoitosuunnitelmat. Käytössä on HaiPro-vaaratapahtumien raportointijärjestelmä ja lääkehoidosta vastaa pääsääntöisesti lääkehoitaja. Sähköisen potilastietojärjestelmän nähtiin parantavan turvallisen lääkehoidon toteutumista lääkehoidon merkintöjen ajantasaisuuden ja näkyvyyden vuoksi.</p> <p>Kahden lääkelistan olemassaoloa pidettiin potilasturvallisuutta heikentävänä. Lääkehoidon vaikutuksen seurannassa ja sen kirjaamisessa koettiin olevan kehitettävää. Ajanpuutteen, häiriötekijöiden, päivittämättömien lääkelistojen, potilaiden tunnistamista vaikeuttavien tekijöiden, lääkehoitajan kuormituksen ja tilojen epäkäytännöllisyyden nähtiin vaikuttavan turvallisen lääkehoidon toteutumiseen. Lääkehoidon lisäkoulutuksia toivottiin tasapuolisemmin ja säännöllisesti. Epäkohtien läpikäymistä ja niihin johtaneisiin syihin puuttumista toivottiin.</p>		
Asiasanat HaiPro, lääkehoidon osaaminen, lääkehoitosuunnitelma, lääkkeet, potilasturvallisuus, terveyskeskuksen vuodeosasto, turvallinen lääkehoito		

ABSTRACT

Unit Unit of Kokkola-Pietarsaari	Date October 2015	Author/s Tiina Mäkinen Sofia Thodén
Degree programme Degree Programme in Nursing		
Name of thesis Implementation of safe medical treatment in inpatient wards in health centre		
Instructor MHSc Anita Hollanti		Pages 63 + 4 appendices
Supervisor MHSc Timo Kinnunen		
<p>The purpose of the thesis was to find out the implementation of safe medical treatment in inpatient care of Kokkola Health Centre. The aim of the thesis was to bring out the challenges of safe medication and thus support the development of safe medication in inpatient wards of Kokkola Health Centre.</p> <p>Research method was qualitative and material was gathered by an open questionnaire. The target group consisted of the nurses working on wards 1, 2 and 4 of Kokkola Health Centre. The material was analyzed by inductive content analysis.</p> <p>According to the results nurses experienced safe medication to consist of knowledge of pharmacotherapy and professional competence. Nurses' proficiency, double-check of medicines, resources, current medical documentation, clear distribution of work and good working atmosphere were seen to guarantee safe medication. The results indicate that medical treatment is organized altogether well in the environment of the research. Medical treatment on the wards is based on the departmental medical treatment plans. HaiPro-reporting system of dangerous situations is used and medical nurse is mainly responsible for medical treatment. Electronic patient data system was seen to improve safe medical treatment because of medical documentation being up-to-date and visible.</p> <p>The existence of two medicine lists was seen to be weakening patient safety. The nurses experienced that there was need for development in following up the effects of medical treatment and documenting it. Lack of time, distractions, un-updated medicine lists, complicating factors in patient identification, work load of medical nurse and impractical premises were seen to affect safe medical treatment. Additional education in pharmacotherapy was hoped for equally and regularly. Going through the flaws and influencing the reasons led to them was hoped for.</p>		
Key words HaiPro, inpatient ward in health centre, knowledge of pharmacotherapy, medical treatment plan, medicines, patient safety, safe medical treatment		

TIIVISTELMÄ

ABSTRACT

SISÄLLYS

1 JOHDANTO	1
2 OPINNÄYTETYÖN TIETOPERUSTA	3
2.1 Potilasturvallisuus ja lääketurvallisuus	3
2.1.1 Keskeiset lääkehoitoa ohjaavat lait ja asetukset	3
2.1.2 Turvallinen lääkehoito-opas ja lääkehoitosuunnitelma	4
2.1.3 HaiPro -terveydenhuollon vaaratapahtumien raportointijärjestelmä	6
2.2 Lääkkeet ja lääkehoito	7
2.2.1 Lääkkeenantotavat	7
2.2.2 Lääkkeiden imeytyminen ja poistuminen elimistöstä	11
2.2.3 Lääkehoito terveyskeskuksessa	13
2.3 Sairaanhoidaja turvallisen lääkehoidon toteuttajana	14
2.3.1 Lääkehoidon dokumentointi	17
2.3.2 Lääkehoidon osaamista vahvistavat ja heikentävät tekijät	18
3 OPINNÄYTETYÖN TARKOITUS, TAVOITTEET JA TUTKIMUSKYSYMYKSET	20
4 OPINNÄYTETYÖN TOTEUTTAMINEN	21
4.1 Toimintaympäristön ja kohderyhmän kuvaus	21
4.2 Lähestymistapa, menetelmä ja aineistonkeruu	22
4.3 Aineiston analyysi	23
5 TUTKIMUSTULOKSET	25
5.1 Sairaanhoidajan näkemys turvallisesta lääkehoidosta	25
5.2 Turvallisen lääkehoidon toteutuminen	28
5.3 Turvallisen lääkehoidon toteutumiseen vaikuttavat asiat	42
5.4 Turvallisen lääkehoidon kehittäminen	46
6 POHDINTA	50
6.1 Tulosten tarkastelu	50
6.2 Opinnäytetyön eettisyys	55
6.3 Opinnäytetyön luotettavuus	56
6.4 Oma oppiminen	58
6.5 Tulosten hyödynnettävyys ja jatkotutkimushaasteet	59
LÄHTEET	60
LIITTEET	

1 JOHDANTO

Maailman terveysjärjestö, WHO, työskentelee maailmanlaajuisesti kehittämien suosituksia koskien lääkkeiden laatua, turvallisuutta ja tehokkuutta (World Health Organization 2013). WHO pyrkii takaamaan kaikille ihmisille tasapuolisen mahdollisuuden edullisiin, hyvänlaatuisiin lääkkeisiin sekä asianmukaiseen lääkkeiden määräämiseen ja niiden käyttöön (World Health Organization 2014).

Suomessa lääkehoidon turvallista toteutumista valvoo sosiaali- ja terveysministeriö. Sosiaali- ja terveysministeriön vuonna 2011 julkaisema raportti, Lääkepolitiikka 2020, esittelee sosiaali- ja terveysalan viranomaisten ja lääkealan toimijoiden laatimia yhteisiä tavoitteita koskien muun muassa turvallisen, tehokkaan, tarkoituksenmukaisen ja taloudellisen lääkehoidon mahdollistamista vuoteen 2020 mennessä. Raportissa painotetaan lääkehuoltopalvelujen yhdenvertaisen saatavuuden takaamista kaikille ja väestön terveyden ja toimintakyvyn tasapuolista ylläpitämistä. Näyttöön perustuvan tiedon saatavuutta ammattihenkilöiden käyttöön tulee edelleen lisätä ja lääkitysturvallisuutta edistämään raportti esittää lääkehoitosuunnitelmien ja vaaratapahtumien raportoinnin kehittämistä. (Sosiaali- ja terveysministeriö 2011.) Raportin myötä opinnäytetyömme aihe on ajankohtainen.

Turvallisesta lääkehoidosta on viime vuosina tehty opinnäytetöitä ensihoidon, päivystyksen ja kotihoidon piirissä, mutta ei tietääksemme terveyskeskuksen vuodeosasto-ympäristössä. Potilasturvallisuutta ja lääketurvallisuutta esiintyy löytämismme tutkielmissa ikääntyneiden lääkehoidon, lääkehoidon ohjauksen, dokumentoinnin ja HaiPro-raportointiohjelman näkökulmasta. Vuoden 2014 lopulla Marja Härkänen on tehnyt väitöstutkimuksen, jossa tutkittiin lääkehoidon vaaratapahtumia ja niihin myötävaikuttavia tekijöitä yliopistosairaalaympäristössä.

Opinnäytetyömme aiheen valintaan vaikutti kohdeorganisaation tarve saada tietoa lääkehoidon toteutumisen turvallisuudesta Kokkolan terveyskeskussairaalassa. Aiheen valintaan vaikutti myös mielenkiintomme potilasturvallisuutta kohtaan lääkehoidon osalta sekä kokemuksemme siitä, ettei turvallinen lääkehoito toteudu kaikilta osin terveydenhuollossa.

Opinnäytetyömme tarkoitus on selvittää lääkehoidon turvallista toteutumista Kokkolan terveystieteiden keskus sairaalassa. Opinnäytetyön tavoite on tuoda esille turvallisen lääkehoidon toteutumisen haasteita ja näin tukea turvallisen lääkehoidon kehittämistä Kokkolan terveystieteiden keskus sairaalassa. Opinnäytetyön valmistuttua kohdeorganisaatio voi käyttää tutkimustuloksia apuna lääketurvallisuuden kehittämisessä.

2 OPINNÄYTETYÖN TIETOPERUSTA

2.1 Potilasturvallisuus ja lääketurvallisuus

Potilasturvallisuus käsittää terveydenhuollon organisaatioiden ja yksiköiden toimintaa ohjaavat periaatteet ja käytänteet, jotka suojaavat potilasta vahingoittumasta ja varmistavat turvallisen hoidon. Potilasturvallisuuteen (KUVIO 1) kuuluu lääkehoidon turvallisuus, hoidon turvallisuus ja laiteturvallisuus. (Kinnunen 2013, 99.) Lääkehoidon turvallisuus jaetaan lääketurvallisuuteen ja lääkitysturvallisuuteen. Lääketurvallisuus käsittää yksittäisen lääkkeen turvallisuuden ja lääkitysturvallisuus lääkkeiden käyttöön liittyvät toimintatavat. (Taam-Ukkonen & Saano 2010, 13–14).



KUVIO 1. Potilasturvallisuus. (mukaillen Terveyden ja hyvinvoinnin laitos 2009.)

2.1.1 Keskeiset lääkehoitoa ohjaavat lait ja asetukset

Lääketurvallisuuden toteutumista Suomessa takaavat valtion lait ja Lääkealan turvallisuus- ja kehittämiskeskuksen (Fimea) asettamat määräykset ja ohjeet. Lait käsittelevät mm. salassapitovelvollisuutta, dokumentointia, ammattihenkilön osaamisen ylläpitämistä, työnantajan velvollisuutta järjestää täydennyskoulutusta ja lääkepoikkeamien raportointi- ja käsittelyvelvollisuutta. Fimea ohjeistaa sosiaali- ja terveydenhuoltoa mm. lääkkeiden säilytyksessä ja käsittelyssä, ensiapu- ja elvytyslääkkeiden säilytyksessä ja huollossa ja lääkkeiden haittavaikutusten ilmoittamisessa. (Vallimies-Patomäki 2013, 39–43.)

Laki terveydenhuollon ammattihenkilöistä velvoittaa ammattihenkilöitä potilasasiakirjojen laadintaan, niiden säilyttämiseen ja tietojen salassapitoon. Ammattihenkilöiden tulee ylläpitää ammattitaitoaan ja olla tietoinen ammattitoimintaan liittyvistä säännöksistä ja määräyksistä. Työnantajan tulee mahdollistaa työntekijän osallistuminen täydennyskoulutuksiin. (Laki terveydenhuollon ammattihenkilöistä 28.6.1994/559).

Hoitohenkilökunnan tulee merkitä hoidon syy, järjestäminen, suunnittelu, toteutus, seuranta, sairauden kulku ja lääkemääräykset potilasasiakirjoihin. Potilasasiakirjoihin tulee merkitä myös tiedot riskeistä, hoidon aiheuttamista haitoista ja epäilyistä vahingoista, lääkeaineallergioista ja lääkevahingoista. Tiedot potilaan osastohoidosta, neuvonpidot, konsultaatiot, loppulausunto, potilaan tiedonsaanti ja hänen mielipiteensä tulee merkitä potilasasiakirjoihin. Tiedot potilasasiakirjoihin tehdystä muutoksista perusteineen, päivämäärineen ja tekijätunnisteineen tulee merkitä. Alkuperäisen ja muutetun version tulee olla sähköisesti haettavissa. (Sosiaali- ja terveysministeriön asetus potilasasiakirjoista 30.3.2009/298.)

Lääkettä ei saa määrätä ennalta osittain tai kokonaan täytetyllä lomakkeella. Lomakkeita ja leimasimia tulee säilyttää ulkopuolisten saavuttamattomissa. Toimintayksiköillä tulee olla menetelmä lääkemääräyksiensä seurantaan, lääkityspoikkeamien raportointiin ja läpikäyntiin. (Sosiaali- ja terveysministeriön asetus lääkkeen määräämisestä 2.12.2010/1088.)

2.1.2 Turvallinen lääkehoito-opas ja lääkehoitosuunnitelma

Sosiaali- ja terveysministeriön laatima Turvallinen lääkehoito-opas sisältää tietoa lääkehoitoa ja verensiirtoja koskevasta sääntelystä ja niiden nykytilasta ja ongelmista. Oppaassa esitellään lääkehoidon prosessi, ohjeet lääkehoidon ja verensiirtojen toteuttamista varten, pääasiassa keskushermostoon vaikuttavat lääkkeet ja huumausaineet sekä opioidiriippuvaisten vieroitus-, korvaus- ja ylläpitohoito. Oppaassa annetut ohjeet lääkehoidon ja verensiirtojen toteuttamista varten pitävät sisällään lääkehoidon sisällön ja toimintatavat, lääkehoidon osaamisen varmistamisen ja ylläpitämisen, henkilöstön vastuut ja velvollisuudet sekä työnjaon, lupa käytännöt, lääkehuollon, lääkkeiden jakamisen ja antamisen, potilaiden informoin-

nin ja neuvonnan, lääkehoidon vaikuttavuuden arvioinnin, dokumentoinnin ja tiedonkulun sekä seuranta- ja palautejärjestelmät. (Sosiaali- ja terveysministeriö 2005.)

Turvallinen lääkehoito-opas toimii pohjana terveydenhuollon yksiköiden lääkehoitosuunnitelmille (Sosiaali- ja terveysalan lupa- ja valvontavirasto 2012). Lääkehoitosuunnitelmat laaditaan vastaamaan toimintayksikön lääkehoidon vaatavuustason tarpeita (Sosiaali- ja terveysministeriö 2005). Lääkehoitosuunnitelma on yksikkökohtainen laatukäsikirja, joka koskee lääkehoitoa. Sen sisältö vaihtelee yksiköittäin ja sitä tulee päivittää säännöllisesti. (Puirava 2012, 157–158.) Jokaisen toimintayksikön tulee laatia yksikkökohtainen lääkehoitosuunnitelma. Lääkehoitosuunnitelma sisältää lääkehoitoon ja verensiirtohoitoon vaikuttavat tekijät ja prosessikuvaukset. Lääkehoitosuunnitelma antaa pohjan lääkehoidon hallinnalle ja kehittämiselle. (Sosiaali- ja terveysministeriö 2005.) Lääkehoitosuunnitelmien tekemisen helpottamiseksi on laadittu sisältösuosituksia. Seuraavassa esittelemme yhden tehdyn suosituksen lääkehoitosuunnitelman sisällöstä otsikkotasolla: lääkehoidon sisältö ja toimintatavat, lääkehoidon osaamisen varmistaminen ja ylläpitäminen, henkilöstön vastuut ja velvollisuudet sekä työnjako, lupakäytännöt, lääkehuollon järjestäminen, lääkkeiden jakaminen annoksiin ja antaminen potilaalle, potilaan informointi ja neuvonta, lääkehoidon vaikuttavuuden arviointi, dokumentointi ja tiedonkulku, seuranta- ja palautejärjestelmä, PKV-lääkkeet (pääasiassa keskushermostoon vaikuttavat lääkkeet) ja huumausaineet, liitteet. (Puirava 2012, 158–159.)

Kokkolan terveyskeskuksen kolmella vuodeosastolla on jokaisella yksilöllisesti osaston omien tarpeiden mukaan rakennettu lääkehoitosuunnitelma. Suunnitelmat ovat kattavia ja pitkälti yhtenevät edellä mainitun suosituksen kanssa, joitakin pieniä eroavaisuuksia lukuun ottamatta. Lääkehoitosuunnitelmista nousi esiin tärkeitä asioita osastojen turvallisen lääkehoidon toteuttamisen kannalta. Esimerkkinä selkeä lista erityistä tarkkaavaisuutta vaativista lääkeaineista, miksi ne vaativat erityistä tarkkaavaisuutta ja miten näiden lääkeaineiden haittoja voidaan ehkäistä.

2.1.3 HaiPro -terveydenhuollon vaaratapahtumien raportointijärjestelmä

Hoitotyöhön liittyvien vaaratilanteiden ilmoittaminen perustuu työntekijän haluun ottaa vastuu potilasturvallisuudesta ja kehittää omaa toimintaansa potilasturvallisuutta edistäväksi. Vaaratilanteiden raportoinnin ja ilmoitusten käsittelyn avulla on mahdollisuus ehkäistä myös muun hoitohenkilökunnan ja potilaiden altistuminen samankaltaiseen tilanteeseen. Potilasturvallisuudesta huolehtiminen on organisaation johdon vastuulla. (Terveiden ja hyvinvoinnin laitos 2009.)

Työyksiköiden toiminnan kehittämiseksi on tehty HaiPro, joka on terveydenhuollon vaaratapahtumien raportointijärjestelmä. Sen avulla työntekijöillä on mahdollisuus raportoida potilasturvallisuutta vaarantavista ja lisäohjelman avulla työturvallisuutta vaarantavista tapahtumista. Ohjelma toimii työyksikön sisäisesti, ja raportoituja ilmoituksia käsittelemällä voidaan kehittää työyksikön toimintamalleja potilasturvallisuutta edistäviksi. Raportoitujen ilmoitusten käsittelyn tulee olla rakentavaa ja luottamuksellista. (Terveidenhuollon vaaratapahtumien raportointijärjestelmä 2013.) Potilasturvallisuuden edistämiseksi on hyvä raportoida sekä potilaalle haittaa aiheuttavat haittatapahtumat että läheltä piti -tilanteet, joilla tarkoitetaan tilanteita, joissa vaaratilanne on havaittu ajoissa ja potilasvahinkoa ei synny. Nämä vaaratapahtumat syntyvät tekemisen tai tekemättä jättämisen seurauksena. (Saano & Taam-Ukkonen 2013a, 315-316.) Raportoituja vaaratilanteita arvioimalla voidaan kehittää hoitohenkilökunnan toimintaa, teknisiä ja käytännön ratkaisuja sekä organisaation toimintamalleja ja ohjeita vaaratapahtumien ehkäisemiseksi (Terveiden ja hyvinvoinnin laitos 2011).

Vastuu vaaratilanteiden käsittelystä ja toiminnan kehittämisestä on työorganisaation johdolla. Johtoportaan tulee kannustaa työntekijöitä raportoimaan vaaratilanteista luomalla oppimista edistävä avoin ilmapiiri ja antamalla työntekijöille mahdollisuus osallistua työn kehittämiseen. Vaaratapahtumien läpikäynnin ei ole tarkoitus olla yksittäisten työntekijöiden toimintaan puuttumista ja sen ohjaamista vaan koko työyksikön ja laajemmin koko työorganisaation toiminnan kehittämistä. Vaaratilanteista oppiminen on parasta, kun ilmoitusten käsittely ja hoitovirheestä seuranneet yksilöön kohdistuvat toimenpiteet pidetään erillään. Raportoitujen vaaratilanteiden

määrää eri yksiköissä ei voida käyttää potilasturvallisuuden vertailuun yksiköiden välillä. (Terveyden ja hyvinvoinnin laitos 2009.)

2.2 Lääkkeet ja lääkehoito

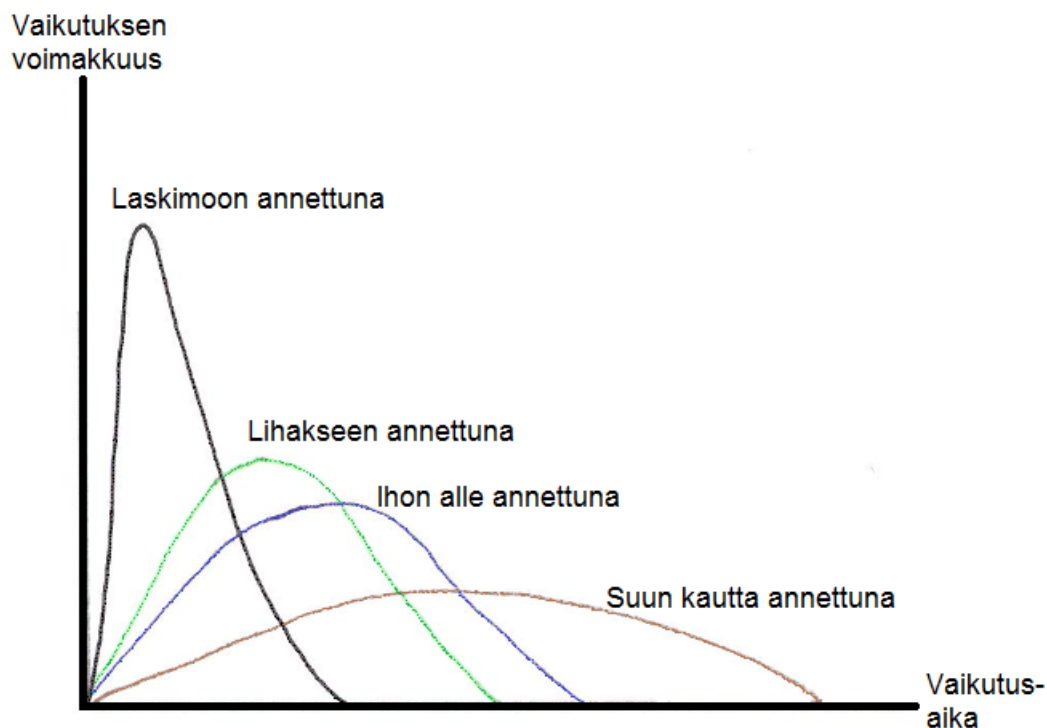
Lääkkeellä tarkoitetaan ainetta tai valmistetta, joka parantaa, lievittää tai ehkäisee sairautta tai sen oireita sisäisesti tai ulkoisesti käytettynä. Lääke voi olla myös aine tai aineiden yhdistelmä, jolla voi palauttaa, korjata tai muuttaa elintoimintoja farmakologisen, immunologisen tai metabolisen vaikutuksen avulla. Lääkettä voidaan käyttää myös sairauden syyn tai terveydentilan selvittämiseen. (Sosiaali- ja terveysministeriö 2005.)

Lääkehoito on laillistettujen terveydenhuollon ammattilaisten lääkärin määräysten mukaan toteuttamaa hoitoa. Lääkehoidon toteuttamiseen eri ammattiryhmissä vaikuttaa koulutus, perehdytys, osaaminen ja osaamisen varmistaminen sekä tarvittaessa vastaavan lääkärin antama lupa. (Sosiaali- ja terveysalan lupa- ja valvontavirasto 2012.) Lääkehoidolla on usein oma osansa potilaan hoidossa. Hyvä lääkehoito on sitä, että lääkehoito on potilaalle sairauden kannalta paras mahdollinen ja tuottaa mahdollisimman vähän kärsimystä ja kipua. (Veräjänkorva, Huupponen, Huupponen, Kaukkila & Torniainen 2006, 46.)

2.2.1 Lääkkeenantotavat

Lääkemuodon ja antotavan valintaan vaikuttavat monet tekijät. Näitä ovat potilaan hoitomyöntyvyys, yksilölliset ominaisuudet ja sairaudentila, kustannukset, lääkehoidon tehokkuus ja turvallisuus. Lääkkeenantotapa voidaan jakaa enteraaliseen ja parenteraaliseen. Enteraalisesti annettuna lääke annetaan ruuansulatuskanavaan suun tai peräaukon kautta. Parenteraalinen antotapa kattaa muut kuin ruuansulatuskanavan kautta annettavat lääkkeet. (Nurminen 2012, 19-20.) Parenteraalisesti lääkkeen voi antaa noninvasiivisesti tai invasiivisesti. Noninvasiivisessa lääkkeenannossa lääke annetaan luonnollista reittiä kudoksia läpäisemättä. Invasiivisesti annettuna lääkeaine injisoidaan joko verenkiertoon, intravaskulaarisesti, tai verenkierron ulkopuolisesti, ekstravaskulaarisesti. Lääkkeen antotavalla on vaikutus lääkeaineen vaikutuksen alkamiseen ja kestoon sekä lääkeainepitoisuuteen.

(Saano & Taam-Ukkonen 2013a, 194-195.) Alla olevassa kuviossa (KUVIO 2) näkyy, että suun kautta annettuna lääkeaineen vaikutus alkaa muita antotapoja hitaammin, mutta vaikutuksen kesto on muita pidempi. Suun kautta otettuna lääkeaineen voimakkuus on lievempi kuin laskimonsisäisesti, lihakseen tai ihonalaistavaksi annettuna. Laskimonsisäisesti annettuna lääkeaineen vaikutus saavutetaan nopeimmin, kesto on lyhyempi ja vaikutus on voimakkaampi kuin suun kautta, ihonalaistavaksi tai lihakseen annettuna.



KUVIO 2. Lääkeaineen vaikutuksen alkaminen, kesto ja voimakkuus eri antotavoin. (mukaillen Nurminen 2012, 20.)

Enteraalisista lääkkeenantotavoista suun kautta eli oraalisesti toteutettava lääkehoito on helpoin, turvallisin ja taloudellisin lääkkeenantomuoto. Haittavaikutukset ovat oraalisesti yleensä parenteraalista antotapaa vähäisemmät. Suun kautta otettavista lääkemuo-doista tavallisin on tabletti. Tabletit, joissa on jakouurre, on mahdollista puolittaa. Kapselit tulee niellä kokonaisina lukuun ottamatta kaksiosaisia kapseleita, jotka voidaan tarvittaessa avata (Saano & Taam-Ukkonen 2013a, 198). Mahalaukkua ärsyttävät lääkkeet voidaan ottaa ruuan kanssa (Forsbacka & Nousiainen 2013a, 800). Oraalilääkkeitä käytetään helpon nieltävyyden takia etenkin lasten ja vanhusten lääkitsemisessä. (Nurminen 2012, 21–22.)

Lääkeaineet, jotka eivät kestä mahahappoa tai ovat mahalaukkua ärsyttäviä, annetaan potilaalle enterovalmisteina. Enterovalmisteiden käytön syynä voi olla myös paikallisvaikutuksen tarve suolessa. Kokonaisina otettavien enterotablettien ja -kapseleiden päällyste estää lääkkeen hajoamisen mahalaukussa, jolloin lääkeaine vapautuu elimistöön vasta ohut- tai paksusuolella. Ruuan kanssa otettuna valmiste voi jäädä liian pitkäksi aikaa mahalaukkuun. Enterovalmisteet tunnistaa lääkkeiden kauppanimissä esiintyvistä liitteistä, entero, EN (entero) ja EC (entero-coated). (Saano & Taam-Ukkonen 2013a, 199.) Depotvalmisteita käytetään silloin, kun halutaan pitkäkestoista vaikutusta. Depotvalmisteissa lääkeaine vapautuu hitaasti. Valmisteen saa puolittaa, jos siinä on jakouurre. Muutoin valmistetta ei saa murskata tai pureskella, koska tällöin lääkeaineen vaikutusaika on tarkoitettua lyhyempi. Depotvalmisteet sisältävät muita tabletteja suuremman lääkeainemäärän, minkä vuoksi lääkkeen murskautuminen otettaessa voi aiheuttaa vakavia haittavaikutuksia potilaalle. (Nurminen 2012, 23-25.) Depotvalmisteet tunnistaa kauppanimissä esiintyvistä liitteistä, depot (varasto), retard (hidastettu), prolongatum (pitkitetty), slow (hidas), SR (slow release, hidas vapautuminen) ja CR (controlled release) (Saano & Taam-Ukkonen 2013a, 199).

Muita suun kautta otettavia lääkevalmisteita ovat veteen liuotettavat poretabletit, sellaisenaan tai veteen liuotettuna nautittavat jauheet ja rakeet, suussa (esim. kielen alla) liukenevat ja verenkiertoon imeytyvät resoribletit, suusumutteet, lääkepurukumit, suussa imeytyvät kylmäkuivatut tabletit, imeskelytabletit ja suun limakalvolle kiinnitettävät bukkalitabletit. (Nurminen 2012, 25-26.) Dispergoituvat tabletit ovat suussa hajoavia valmisteita, jotka voidaan liuottaa nesteeseen tai niellä joko pureskeltuna tai kokonaisena (Saano & Taam-Ukkonen 2013a, 200). Rektaalisesti eli peräsuoleen lääkkeitä voi antaa peräpuikkoina, nestemäisinä peräruiskeina ja paikallishoitona käytettävinä voiteina. Lääke annetaan rektaalisesti usein silloin, kun lääkeaine ei oraalisesti otettaessa pääsisi imeytymään elimistöön esimerkiksi potilaan runsaan oksentelun vuoksi (Saano & Taam-Ukkonen 2013a, 205). Peräsuoleen annettavia lääkkeitä käytetään usein myös lasten lääkitsemisessä ja paikallista vaikutusta haettaessa. (Nurminen 2012, 29-31.) Peräpuikon voi tarvittaessa puolittaa pitkästä suunnassa (Saano & Taam-Ukkonen 2013a, 205).

Kaikkia lääkevalmisteita ei saa murskata niiden terapeuttisen tehon säilymisen vuoksi. Murskattavat valmisteet tulee jauhaa ja antaa potilaalle erikseen, murskausastia tulee pestä jokaisen lääkevalmisteen välillä (Forsbacka & Nousiainen 2013a, 800.) Murskattujen lääkeaineiden säilyvyys on huono, ja ne voivat olla herkkiä valolle, lämmölle ja kosteudelle, joten ne tulee murskata juuri ennen potilaalle antamista. Veteen lietetyt lääkkeet tulee antaa potilaalle puolen tunnin sisällä liettämisestä. Murskattujen lääkkeiden merkitsemiseen tunnistamisen helpottamiseksi on kiinnitettävä huomiota. (Nurminen 2012, 26-27.) Lääkevalmisteille, joita ei saa murskata, täytyy etsiä jokin korvaava valmiste, kuten kooltaan pienempi rinnakkaisvalmiste tai toinen lääkemuofo (Forsbacka & Nousiainen 2013a, 800). PEG-letkuun murskattuja lääkevalmisteita annosteltaessa tulee varmistaa, että lääke annetaan oikeaan letkuun. Potilaalla voi olla samanaikaisesti sekä syöttöletku että laskimoon johtava infuusioletku. (Saano & Taam-Ukkonen 2013a, 207.)

Invasiivisessa eli ihon läpäisevässä, parenteraalisessa lääkkeenannossa tulee noudattaa hyvää aseptiikkaa infektioriskin vuoksi (Kotovainio & Mäenpää 2013b, 802). Mikrobit eivät saa kulkeutua neulan tai lääkkeen mukana verenkiertoon tai kudoksiin. Lääkettä annettaessa intravenoosisesti (i.v.), eli laskimonsisäisesti tulee lääkkeenantajalla olla iv-lupa. Laskimonsisäisesti annettuna lääkkeen vaikutus alkaa nopeasti. Tällaiseen lääkkeenantoon liittyvät riskit ovat enteraalista lääkkeenantoa huomattavammat. Lääkkeenantajan tulee varautua mahdollisten haittavaikutusten hoitoon. (Nurminen 2012, 32.)

Lihakseen eli intramuskulaarisesti (i.m.) annettuna lääkkeen vaikutus alkaa 10–30 minuutin sisällä injektion antamisesta. Injektio annetaan joko reisilihakseen, hartialihakseen tai pakaralihaksen ylä-ulkoneljännekseen. Injektointipaikkaa valitessa täytyy huomioida annettava lääkemäärä. (Kotovainio & Mäenpää 2013b, 802.) Pakaralihakseen lääkettä injektoidessa on vaarana osua injektioneulalla iskiashermoon tai suurempaan valtimeen. Ihon alle eli subkutaanisesti (s.c.) annettaessa lääkkeen imeytymisnopeus riippuu alueen verisuonituksesta. Ihon alle lääkettä injektoidessa paikkoina on vatsan alueen, olkavarren tai reiden iho. Injektointipaikkaa vaihdellaan useasti toistuvien lääkkeiden antojen kohdalla, jotta vältetään iho-ärsytykset ja taataan lääkkeen hyvä imeytyminen. Injektiona lääkettä annettaessa

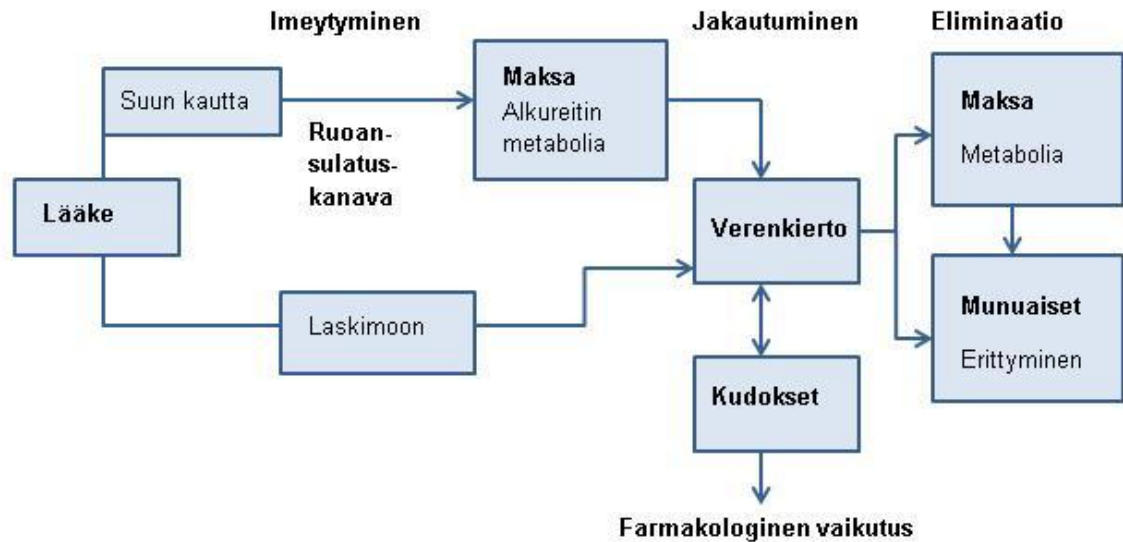
tulee valita injektioneula potilaan rasvakerroksen paksuuden mukaan, jotta lääkeaine saadaan injektoitua oikeaan paikkaan. (Nurminen 2012, 48-52.)

Intrakutaanisesti (i.c.) tai intradermaalisesti (i.d.) eli ihon sisään lääkettä annetaan muun muassa erilaisten testien yhteydessä (Nurminen 2012, 53). Intra-arteriaalisesti (i.a.) lääke annetaan suoraan valtimoon, jolloin saadaan voimakas vaikutus paikallisesti. Tällainen lääkkeenantotapa on harvinainen, mutta käytössä syövän paikallishoidossa. Kivun hoidossa ja puudutustarkoituksessa voidaan lääkeaine laittaa epiduraali- tai spinaalitilaan. Nivelen sisään, intra-artikulaarisesti, lääkeaine injektoidaan nivelsairauksien hoidossa. (Nurminen 2012, 53.)

Parenteraalisesti ja noninvasiivisesti lääkkeen voi antaa silmään, nenään, korvaan, keuhkoihin, iholle ja emättimeen (Saano & Taam-Ukkonen 2013a, 208). Lääkeaine voidaan antaa potilaalle hengitysteihin inhalaationa. Lääkkeenanto voi tapahtua annossumutteen, jauheannostelijan tai nebulisaattorin avulla. Apuna voidaan käyttää tilanjatkeita inhaloinnin helpottamiseksi (Kotovainio & Mäenpää 2013a, 801). Silmiin annosteltavien lääkkeiden on oltava steriilejä ja niiden käyttöaikaan avaamisen jälkeen on kiinnitettävä huomiota. (Nurminen 2012, 60.)

2.2.2 Lääkkeiden imeytyminen ja poistuminen elimistöstä

Farmakokinetiikaksi kutsutaan lääkeaineen kulkeutumista elimistössä. Tähän sisältyy lääkeaineen imeytyminen, jakautuminen ja eliminoituminen (KUVIO 3). Lääkkeen vaikutuksen voimakkuus perustuu sen pitoisuuteen kohdekudoksessa. Lääkeaineen kyky imeytyä kohdekudoksesta verenkiertoon sekä sen kyky jakautua ja poistua elimistöstä vaikuttavat veren ja kudosten lääkeainepitoisuuteen. (Nurminen 2012, 62-63.)



KUVIO 3. Farmakokinetiikan päävaiheet. (mukaillen Nurminen 2012, 62.)

Absorptio, lääkeaineen imeytyminen, kuvaa vaihetta, jossa lääkeaine imeytyy kudoksesta verenkiertoon (Downie, Mackenzie, Williams & Hind 2008, 125). Ennen absorptiota lääkeaineen tulee vapautua lääke muodostaan, minkä jälkeen se liukenee mahalaukun tai suolen sisältöön ja imeytyminen voi alkaa. Ruuansulatuselimistön kautta verenkiertoon kulkeutuvien lääkeaineiden imeytymiseen vaikuttavat myös potilaan ruokavalio ja muu lääkitys. (Nurminen 2012, 63–64.)

Ohutsuolessa ja maksassa tapahtuu alkureitin metabolia, mikä tarkoittaa sitä, että osa lääkeaineesta muuttuu tehottomaksi. Tämän vuoksi suun kautta otettavan lääkeainemäärän tulee olla laskimonsisäistä lääkeannosta suurempi, jotta saavutetaan sama hyöty. Systemisen verenkierron kautta lääkeaine jakautuu eri puolille elimistöä kulkeutuen kudoksiin ja elimiin. (Nurminen 2012, 65-67.) Lääkeaineet poistuvat verenkierrosta maksan metabolian kautta ja erittyvät virtsan mukana pois elimistöstä. Lääkeaineen hajoamis- ja erittymisnopeus määräävät lääkeaineen vaikutusajan. (Nurminen 2012, 70.) Lääkeaineen erittyminen hidastuu iän myötä ja joissakin munuaissairauksissa, jolloin lääkeaine jää pidemmäksi aikaa verenkiertoon (Downie ym. 2008, 128).

2.2.3 Lääkehoito terveyskeskuksessa

Terveyskeskuksessa lääkehoito toteutuu hoitajien, lääkärin, potilaan, farmaseuttien ja proviisoreiden yhteistyöllä. Toiminnalla tavoitellaan turvallista, taloudellista ja tehokasta lääkehoitoa. Osastolle tultaessa hoitaja selvittää lähetteen, reseptien ja potilaan haastattelun avulla, mitkä lääkkeet potilaalla on käytössä kotiloissa. Tässä tarkistetaan potilaalle sopimattomat lääkkeet, kuten lääkeaineallergiat. Lääkäri antaa lääkemääräykset arvioituaan potilaan lääkityksen tarpeen. Lääkityksen toteuttaminen kuuluu pääasiassa hoitajille. Lääkehoidon toteuttamiseen kuuluvat lääkkeidenjako annoksiin, lääkkeidenanto potilaalle, läkehoidon vaikutuksen seuranta, läkehoidon ohjaus ja läkehoidon jatkuvuuden varmistaminen. Jos läkehoidon toteutus ei toteudu suunnitellulla tavalla, tulee tämä kirjata potilastietojärjestelmään. Lääkehoidon monivaiheisuuden vuoksi läkehoidon prosessi on altis vaaratilanteille. (Ojala 2012b, 31–33.)

Lääkkeidenjako vaatii sairaanhoitajalta keskittymistä. Lääkkeenjakotilanteen tulisi olla yhtäjaksoinen prosessi ilman häiriötekijöitä ja keskeytyksiä. Lääkkeenjakoprosessin voi käydä etukäteen läpi mielessä ja käydä läpi potilaalla käytössä olevien lääkkeiden käyttötarkoitukset ja antotapa. (Tokola 2009, 67, 69.) Työtilan tulee rauhallinen ja hyvin valaistu. Lääkkeenjakajalla voi olla esimerkiksi huomionauha, joka kertoo muulle henkilökunnalle ja potilaille hänen olevan keskittymistä vaativassa työtehtävässä. Lääkkeet tulee mielellään jakaa päiväaikaan ja tehtävään tulee varata riittävästi aikaa. (Saano & Taam-Ukkonen 2013a, 289.) Lääkepoikkeamien välttämiseksi voidaan lääkkeidenjaossa käyttää kaksoistarkistusta, eli potilasannoksiin jaetut lääkkeet käyvät läpi kahden sairaanhoitajan tarkistuksen ennen potilaalle päätymistä. (Saano & Taam-Ukkonen 2013a, 293.)

Osastoilla lääkkeet tulee säilyttää lukittavissa, tilavissa kaapeissa ulkopuolisten saavuttamattomissa. Osastolla on järjestettävä oikeat säilytysolosuhteet kaikille lääkkeille. Lääkekaapin sisältö tulee tarkistaa säännöllisesti. Vanhentuneet, käyttöön soveltumattomat tai käyttämättä jääneet lääkkeet palautetaan sairaala-apteekkiin tai lääkekeskukseen. PKV-lääkkeet säilytetään erillisessä, lukittavassa kaapissa, erillään muista lääkkeistä ja omissa pakkauksissaan (Forsbacka & Nou-

siainen 2013b, 801). Ensihoitolääkkeet voidaan säilyttää lääkekaapin ulkopuolella, paikassa, josta ne ovat nopeasti saatavilla. (Sosiaali- ja terveysministeriö 2005.)

2.3 Sairaanhoidaja turvallisen lääkehoidon toteuttajana

Lääkehoidon osaamiseen kuuluu sekä teorian tieto että käytännön taidot. Sairaanhoidajan tulee kyetä päätöksentekoon erilaisissa tilanteissa ottaen huomioon potilas yksilönä. Sairaanhoidajan lääkehoidon osaaminen ilmenee lääkehoidon tarpeen arvioimisesta vaikutusten arviointiin saakka prosessinomaisesti. Osaamista tulee päivittää jatkuvasti uusien haasteiden edessä. Sairaanhoidajan lääkehoidon osaaminen sisältää ihmisen anatomian ja fysiologian tuntemisen, farmakologian perusteet, vuorovaikutustaidot, moniammatillisen yhteistyön, lääkehoitoon liittyvän tiedon hakemisen, lääkelaskennan, lääkehoidon toteuttamisen, lääkehoidon ohjauksen, lääkehoitoon sitoutumisen edistämisen, lääkehoidon tarpeen arvioinnin, seurannan ja vaikuttavuuden arvioinnin, kirjaamisen ja lääkitysturvallisuuden edistämisen. (Sulosaari & Leino-Kilpi 2013, 13–17.)

Anatomian ja fysiologian tunteminen kattaa muun muassa tiedon ihmisen elimistön normaalista ja epänormaalista toiminnasta, ymmärryksen iän ja sukupuolen merkityksestä lääkehoitoon ja eri lääkkeenantoreittien tuntemisen. Farmakologian perusteiden osaamiseen kuuluu muun muassa lääkeaineryhmien tunteminen, käsitys eri lääkemuotojen tehokkuudesta ja niiden kulusta elimistön läpi, lääkkeiden normaaliannostusten, haittavaikutusten ja yhteisvaikutusten tunteminen, käyttöindikaatioiden ja kontraindikaatioiden tietäminen ja lääkehoidon tarpeen arvioimisen osaaminen. (Sulosaari & Leino-Kilpi 2013, 14.)

Lääkehoitoon liittyvän tiedon hakeminen sisältää kriittisen tiedonhaun ja tiedon soveltamisen. Lääkelaskennan osaamiseen kuuluvat perusmatemaattiset taidot, lääkehoidon käsitteiden tunnistaminen ja lääkelaskennan perusteet. (Sulosaari & Leino-Kilpi 2013, 15.) Lääkelaskenta pitää sisällään lääkeainemäärän ja -pitoisuuden, infuusionopeuden, painon tai ihon pinta-alan mukaisen annoksen ja lääkkeen riittävyyslaskemisen. (Saano & Taam-Ukkonen 2013a, 169.)

Lääkehoidon toteuttamiseen kuuluvat lääkkeiden tilaaminen, säilytys, turvallinen käsittely ja oikeaoppinen hävittäminen. Lääkemääräysten vastaanottaminen ja kirjaaminen, lääkkeiden käyttökuntoon saattaminen, potilaskohtaisten annosten jakaminen ja kaksoistarkistuksen käyttö, taito annostella lääkkeitä eri antoreittien kautta, lääkehoidossa tarvittavien laitteiden käytön osaaminen, lääkkeiden otossa auttaminen ja lääkkeenoton seuraaminen tarvittaessa ovat myös osa lääkehoidon toteuttamista. (Sulosaari & Leino-Kilpi 2013, 15.)

Lääkehoidon ohjauksen osaamiseen sisältyy ymmärrys ohjauksen merkityksestä osana lääkehoitoa, näyttöön perustuvan tiedon ja menetelmien käyttäminen, potilaiden ohjaus heidän yksilöllisten tarpeidensa mukaisesti sekä potilaan lääkehoidon ohjauksen ymmärtämisen arviointi. Lääkehoitoon sitoutumisen edistämisen osana on potilaan sitoutumisen arviointi ja lääkehoitoon sitoutumisen tukeminen näyttöön perustuvia toimintatapoja käyttäen. (Sulosaari & Leino-Kilpi 2013, 16.) Potilaan lääkehoitoon sitoutumista voi parantaa tekemällä lääkkeenotosta mahdollisimman helppoa, muistuttamalla lääkkeenotosta, hyvällä ohjauksella, sosiaalisen tuen avulla ja näitä keinoja yhdistäen (Puirava 2012, 166).

Vuorovaikutuksen osaaminen ja moniammatillinen yhteistyö tarkoittavat, että hoitaja kykenee toimimaan ammatillisesti moniammatillisessa työryhmässä. Hänen tulee osata jakaa lääkehoitoon liittyvä tieto työryhmän kesken ja ohjata potilasta ymmärrettävästi lääkehoidossa. Moniammatillinen yhteistyö sisältää lisäksi muiden ammattilaisten konsultoinnin ja tukemisen sekä oman roolin ja vastuun tunnistamisen potilaan lääkehoidossa. (Sulosaari & Leino-Kilpi 2013, 15.)

Lääkehoidon tarpeen arviointi, seuranta ja vaikuttavuuden arviointi sisältävät seuraavia asioita: lääkehoidon tarpeen tunnistaminen ja potilaan terveydentilan arviointi lääkehoitoa ennen, sen aikana ja jälkeen, lääkehoidon toteuttamiseen tarvittavien tutkimusten suunnittelu, lääkehoidon vaikutuksen arviointi sekä lääkkeiden haitta- ja yhteisvaikutusten kliinisen merkityksen arviointi. Lääkehoidon kirjaaminen kattaa dokumentoinnin kaikista lääkehoidollisista asioista potilaan lääkehoitoprosessin aikana. Lääkitysturvallisuuden edistäminen sairaanhoitajan osaamisessa tarkoittaa itsenäistä tietojen ja taitojen kehittämistä, toimintaohjeiden noudattamista, lääkehoitoprosessin vaiheisiin liittyvien riskien tunnistamista, lääkityspoik-

keamien ja läheltä piti -tilanteiden huomioimista ja välttämistä sekä niistä ilmoittamisesta, johon kuuluu lääkityspoikkeamien raportoinnista tuotetun tiedon käyttö toiminnan kehittämiseksi. (Sulosaari & Leino-Kilpi 2013, 16.)

Apuna turvalliselle lääkehoidon toteuttamiselle voidaan käyttää ”Yhdeksän oikeaa-sääntöä”; oikea lääke, oikea annos, oikea antoaika, oikea antoreitti, oikea lääke-muoto, oikea potilas, oikea dokumentointi, oikea lääkeväste ja oikea käyttötarkoi-tus (Elliott & Liu 2010). Näiden lisäksi yhtenä tärkeänä asiana on oikea potilaan ohjaus (Saano & Taam-Ukkonen 2013a, 310). Kullekin potilaalle on määrätty hä-nen sairauteen tai oireeseen tarvitsemansa lääke hänelle sopivassa muodossa. Hoitajan tulee tiedostaa lääkkeen odotettu vaikutus ja sen yleisimmät haittavaiku-tukset. Potilaan on saatava oikea määrä lääkettä. Lääkkeen vahvuuserot eri val-misteilla ja lääkemuodoilla on huomioitava. Lääkkeen antoajassa on huomioitava lääkekohtainen ohjeistus, jolla optimoidaan lääkehoidon teho. Lääkkeen antoreitti on potilas- ja lääkekohtainen. Potilas tulee tunnistaa ennen lääkkeenantoa nimen ja henkilöturvätunnuksen tai joissakin tapauksissa tunnistusrannekkeen avulla. Lääkehoito täytyy kirjata yksityiskohtaisesti potilasdokumentteihin. Oikeanlaisella ohjauksella pyritään saamaan potilas sitoutumaan lääkehoitoonsa. (Elliott & Liu 2010; Saano & Taam-Ukkonen 2013a, 309-310.)

Aseptiikka lääkehoidon toteuttamisessa suojaa potilaita infektioilta ja hoitajaa lää-keainealtistuksilta. Aseptisen lääkehoidon kulmakivi on käsihygienia. Käsihuuh-teen käyttö potilastilanteiden ja hoitotoimenpiteiden välillä poistaa iholta mikrobi-flooraa ja estää mikrobien siirtymistä potilaisiin ja ympäristöön. Käsihuuhteen käyt-tö riittää itsessään mikrobien määrän vähentämiseen ja kädet pestään ainoastaan, kun on huomattavissa näkyvää likaa. Lääkkeidenjakotilan aseptiikasta huolehdi-taan desinfioimalla kädet työvaiheiden välillä ja ennen lääkkeidenjakoa estäen osaston mikrobien siirtyminen tilaan, vähentämällä ylimääräistä läpikulkua, huoleh-timalla välineiden puhtaudesta, pitämällä työskentelypinnat puhtaina ja käsittele-mällä jätteet asianmukaisesti. Kädet desinfioidaan ennen lääkkeiden antoa ja lääkkeiden annon jälkeen. Lääkkeet tulee säilyttää kontaminoitumattomina. Steriilit tarvikkeet avataan varoen ja vasta niitä tarvittaessa. Invasiivista lääkehoitoa toteu-tettaessa tulee aseptiikka huomioida erityisesti. Pistosaluetta kosketaan vain des-infioiduin käsin ja pistosalue puhdistetaan ihodesinfointiaineella ennen injektion

antaa. (Koskinen & Turunen 2012, 77-79.) Lääkkeiden kontaminaation riskiä vähennetään työpisteen puhtaudella, rauhallisella työskentelyllä, tarpeellisilla tarvikkeilla, tarvittavalla suojavaarustuksella ja ruiskun ja neulan aseptisellä käsittelyllä. (Ojala 2012a, 80.)

2.3.1 Lääkehoidon dokumentointi

Lääkehuollon dokumentoinnin tarkoituksena on edistää potilaan hoidon turvallisuutta. Potilaan hoito määräytyy aiemman hoidon selkeän ja luotettavan dokumentoinnin pohjalta (Veräjänkorva ym. 2006, 45). Lääkehoidon kirjaamisen avulla annetaan muulle hoitohenkilökunnalle ja hoitotahoille tietoa potilaan hoidon suunnitelmasta, toteutuksesta ja vaikutuksesta. Hoitajan täytyy kirjata myös, mitä ohjausta potilas on saanut (Saano & Taam-Ukkonen 2013a, 306). Laki velvoittaa terveydenhuollon ammattilaisia dokumentoimaan potilasasiakirjoihin potilaan hoidon kannalta tärkeät tiedot jokaisesta palvelutapahtumasta. Potilaan ja hoitajan oikeusturvan kannalta on tärkeää, että lääkehoitoon liittyvät asiat kirjataan huolellisesti. Kirjaamisen käytännöt ovat yksikkökohtaisia. (Erkko & Johansson 2013, 149–151.) Lääkkeestä tulee kirjata nimi, annettu määrä, antomuoto ja -tapa, kerta- ja vuorokausiannos, antopäivä ja -aika, antajan nimi sekä lääkemääräyksen antaneen lääkärin nimi. Dokumentoimalla potilaan lääkehoito taataan tiedonkulku ja hoidon jatkuvuus potilaan siirtyessä toiseen hoitoyksikköön. (Veräjänkorva ym. 2006, 45.)

Laki velvoittaa toimintayksiköjä pitämään kirjanpitoa huumausaineiden käytöstä ja hävikistä. Osastolle toimitetun huumausainelääkepakkauksen mukana tulee pakkauskohtainen kulutuskortti, jossa on valmisteen nimi, määrä, toimituspäivä ja osaston nimi. Lääkkeen annon yhteydessä kulutuskorttiin on merkittävät seuraavat tiedot: päivämäärä, potilaan nimi, otettu lääkeannos ja mahdollinen mittatappio, lääkkeen määränneen lääkärin nimi ja lääkkeen antajan allekirjoitus. Loppuun käytetyn valmisteen kulutuskortti palautetaan vastaavan lääkärin allekirjoittamana toimittaneelle sairaala-apteekille tai lääkekeskukselle. (Valtioneuvoston asetus huumausaineiden valvonnasta 28.8.2008/548.)

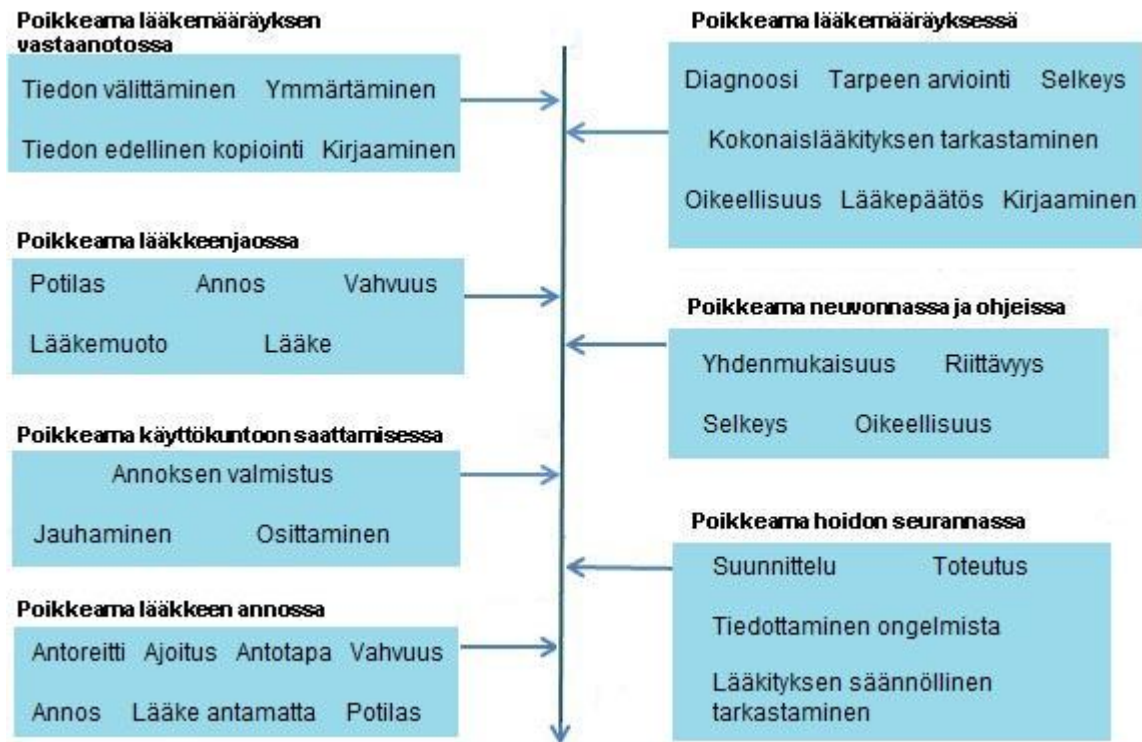
2.3.2 Lääkehoidon osaamista vahvistavat ja heikentävät tekijät

Lääkehoitoon liittyvän tiedon nopea kehitys on tuonut lääkehoidon merkityksen potilaan hoidossa yhä tärkeämpään rooliin. Tieto lääkehoidon vaaratilanteiden mahdollisuudesta ja niiden yleisyydestä on tuonut esiin tarpeen hoitohenkilökunnan lääkehoidon osaamisen varmistamiselle ja täydennyskoulutukselle. Hoitohenkilökunta voi vahvistaa osaamistaan lisäkoulutusten avulla ja testaamalla osaamistaan. Lääkehoidon osaamista vahvistavat hyvä perehdytys ja ohjaus sekä työntekijöiden ammattitaitojen varmistaminen ja testaaminen. Työyksikön lääkehoitosuunnitelma ja lääkehoitolupakäytäntö ovat perustana jokaisen yksikön toiminnalle. Osaamista lisäävät myös lääkehoitoon tarvittava koulutus, lääkelaskujen osaaminen, lääketuntemus, lääkehoidon osaamisen kertaaminen ja lääkkeiden kirjalliset ohjeet. Osastofarmaseuttien käyttö apuna lääkkeiden jaossa vahvistaa riskilääkkeiden oikeaoppista käyttöä. (Saano & Taam-Ukkonen 2013b, 27-28.)

Lääkehoidon osaamista heikentäviä tekijöitä ovat puutteellinen koulutus, lääkelaskujen haastavuus, lääkemuotojen tunnistusvaikeudet ja vähäinen saatavilla olevan tiedon hyödyntäminen lääkehoitoa toteutettaessa. Työkokemuksen vähäisyys, työskentelyn epävarmuus sekä kriittisen ajattelun ja tarkkaavaisuuden puute kuuluvat heikentäviin tekijöihin. Hoitohenkilökunnan tunteet, kuten huolimattomuus, välinpitämättömyys ja pelko vaikuttavat negatiivisesti lääkehoidon osaamiseen. Opiskelijoiden riittämättömät taidot lääkehoidossa ja puutteellinen opiskelijan ohjaus työyksikössä huonontavat lääkehoidon osaamisen tasoa. (Saano & Taam-Ukkonen 2013b, 28.)

WHO on esitellyt potilasturvallisuuteen liittyviä ongelmakohtia lääkehoidon näkökulmasta. Nämä ongelma-alueet huomioon ottamalla voidaan välttyä monilta haittatapahtumilta. Riskialueet ovat: lääkkeiden nimien ja ulkonäön samankaltaisuus, potilaiden tunnistaminen, tiedonkulku toimintayksiköiden välillä potilaita siirrettäessä, oikean toimenpiteen ja leikkauskohdan varmistaminen, elektrolyyttiliuosten oikean vahvuuden varmistaminen, lääkityksen tarkistus hoitoyksikköön tultaessa, katetrien ja letkujen kytkeminen, injektiopestotarvikkeiden kertakäyttöisyys ja käsihygienia. (Kinnunen 2013, 107.)

Lääkehoito sisältää lääkityspoikkeamille alttiita alueita. Näitä alueita lääkehoitoa toteuttavan ammattihenkilön näkökulmasta ovat lääkemääräys, lääkemääräyksen vastaanottaminen, lääkkeenjako, lääkkeen käyttökuntoon saattaminen, lääkkeen anto, neuvonta ja ohjeistus ja hoidon seuranta. Näiden osa-alueiden sisällöt näkyvät tarkemmin alla olevassa kuviossa (KUVIO 4).



KUVIO 4. Lääkehoidon riskikohdat sairaanhoitajan näkökulmasta. (mukaillen Sosiaali- ja terveysministeriö 2005.)

Lääkityspoikkeamien ilmenemistä kasvattavat tekijät voidaan jakaa työympäristöliisiin, työyhteisöliisiin, työntekijään liittyviin ja potilaaseen liittyviin tekijöihin. Työympäristöliisiksi tekijöiksi on tunnistettu henkilökunnan vähäisyys, kiire ja väsymys, ylityöt ja vuorotyö, lääkkeet sekä lääkkeiden jakosysteemit, toimintaohjeiden puute ja ongelmat tiedonkulussa. Työyhteisön mukanaan tuomia tekijöitä ovat ongelmat työilmapiirissä ja kommunikoinnissa, vähäinen tuki ja koulutuksen puutteellisuus. Työntekijään liittyviä tekijöitä ovat epäonnistuminen ohjeiden noudattamisessa, vähäinen osaaminen ja inhimillinen virhe. Potilaaseen liittyviin tekijöihin kuuluvat ikä, puutteellinen henkilöllisyyden tarkistus, kommunikointiongelmat, tarkkaavaisuuden vähäisyys, monilääkitys ja lääkityksen monimutkaisuus. (Saano & Taam-Ukkonen 2013a, 320.)

3 OPINNÄYTETYÖN TARKOITUS, TAVOITTEET JA TUTKIMUSKYSYMYKSET

Opinnäytetyömme tarkoituksena on selvittää lääkehoidon turvallista toteutumista Kokkolan terveyskeskussairaalassa. Opinnäytetyön tavoite on tuoda esille turvallisen lääkehoidon toteutumisen haasteita ja näin tukea turvallisen lääkehoidon kehittämistä Kokkolan terveyskeskussairaalassa.

Opinnäytetyön tutkimuskysymykset ovat:

1. Mikä on sairaanhoitajan näkemys turvallisen lääkehoidon osaamisesta?
2. Miten turvallinen lääkehoito toteutuu terveyskeskuksen vuodeosastoilla?
3. Mitkä asiat vaikuttavat turvallisen lääkehoidon toteutumiseen terveyskeskuksen vuodeosastoilla?

4 OPINNÄYTETYÖN TOTEUTTAMINEN

4.1 Toimintaympäristön ja kohderyhmän kuvaus

Kokkolan terveystieteiskussairaalan hoidon piiriin kuuluvat Kokkolan ja Kruunupyyn asukkaat. Terveystieteiskussairaalaan potilaat saapuvat perusterveydenhuollon, erikoissairaanhoidon tai päivystyksen kautta lääkärin läheteellä. Hoitohenkilökunta on moniammatillinen. Siihen kuuluvat lääkärit, sairaanhoitajat, lähihoitajat, perushoitajat, laitospulaiset, kuntoutuksen asiantuntijat, osastonhoitaja, apulais-osastonhoitaja ja osastonsihteri. (Kokkolan kaupunki 2015.)

Terveystieteiskussairaala koostuu Kokkolan Mariankadulla sijaitsevista osastoista 1,2 ja 4 sekä Kruunupyyssä sijaitsevasta Teerijärven osastosta. Osasto 1 on sisätautipotilaiden akuuttihoitoa antava osasto, jossa hoidetaan mm. infektio-, diabetes-, ja keuhkosairauksia. Osasto 2 vastaa akuuttien sydän-, keuhko- ja infektiopotilaiden hoidosta, ja sen yhteydessä toimii palliatiivinen poliklinikka. Osastolla on myös tukipaikkoja palliatiivisen poliklinikan asiakkaille. Osasto 4 on neurologisten, usein aivoverenkiertohäiriöpotilaiden, ja ortopedisten potilaiden kuntoutukseen ja jatkohoitoon suuntautunut vuodeosasto. Osaston kanssa yhteistyössä toimivat puheterapeutti, fysioterapeutit ja toimintaterapeutti. Pääterveysaseman vuodeosastoilla on kussakin 30 vuodepaikkaa, jaettuna kahteen moduuliin. Teerijärven osasto on 18-paikkainen, lyhytaikaista sairaalahoidon jälkeistä akuuttihoitoa ja jatkohoitoa tarjoava vuodeosasto. (Kokkolan kaupunki 2015.)

Toteutimme opinnäytetyömme Kokkolan terveystieteiskussairaalan osastoilla 1, 2 ja 4. Tutkimukseen osallistujat koostuivat osastoilla työskentelevistä sairaanhoitajista, joita oli osastonhoitajilta saamamme tiedon mukaan 54. Työelämän toiveena oli kohdistaa kysely kaikille lääkehoitoon osallistuville työntekijöille. Päätimme kuitenkin ottaa kohderyhmäksi ainoastaan sairaanhoitajat, koska kiinnostuksemme suuntautuu omaan ammattiryhmäämme. Työelämän toiveena oli, että kyselyyn vastaavia sairaanhoitajia ei valikoitaisi. Kaikkien osastoilla työskentelevien sairaanhoitajien vastaamista kyselyyn pidettiin tärkeänä, joten annoimme kaikille osastoilla työskenteleville sairaanhoitajille mahdollisuuden osallistua tutkimukseen. Sairanhoitajien ja lähi- sekä perushoitajien lääkehoidon osaaminen poikkeaa toi-

sistaan. Valitsimme kohderyhmäksi vain yhden ammattiryhmän saadaksemme homogeenisen kohderyhmän. Sairaanhoidajien valinta kohderyhmäksi perustui siihen, että heillä on paljon koulutuksen myötä saatua tietoa turvallisesta lääkehoidosta.

4.2 Lähestymistapa, menetelmä ja aineistonkeruu

Tutkimusmenetelmämme oli kvalitatiivinen. Kvalitatiivisessa tutkimuksessa aineiston laatu korostuu määrää enemmän. Aineiston pohjalta pyritään kuvaamaan tutkimuskohteena olevaa ilmiötä. Siksi tutkimukseen valittavilla osallistujilla tulee olla tarpeeksi tietoa ilmiöstä. Kvalitatiivinen tutkimus tuo esiin erilaisia näkökulmia käytännön hoitotyöstä. Tutkimustyön tarkoituksena on antaa tutkimuksessa syntynyt näyttöön perustuva tieto käytännön hoitotyöhön ja sen kehittämiseen. (Kylmä, Vehviläinen-Julkunen & Lähdevirta 2003.) Kvalitatiivisen tutkimuksen tarkoituksena ei niinkään ole varmistaa jo olemassa olevia väittämiä vaan löytää ja paljastaa tosiasioita ja kuvata todellista elämää (Hirsjärvi, Remes & Sajavaara 2009, 161). Valitsimme kvalitatiivisen tutkimusmenetelmän, koska tavoitteenamme oli saada monipuolista ja kokonaisvaltaista aineistoa. Lisäksi kohderyhmän koko soveltui kvantitatiivista tutkimusmenetelmää paremmin kvalitatiivisen tutkimuksen tekoon. Aineiston kylläisyys näkyy siitä, että vastauksissa alkaa toistua samat asiat. Tämä kertoo aineiston riittävydestä eli saturaatiosta. (Hirsjärvi, Remes & Sajavaara 2009, 182.) Kohderyhmän koko mahdollisti aineiston saturaation täyttymisen.

Aineistonkeruu tapahtui avoimen kyselylomakkeen (LIITE 3) avulla. Kyselylomake koostuu 22 kysymyksestä, joista kaksi on strukturoitua. Kyselylomakkeemme on rakennettu opinnäytetyömme tutkimuskysymyksien pohjalta ja niihin vastaamaan. Pohjana kyselylomakkeen laatimiseen käytimme myös Turvallinen lääkehoito -oppaassa esitettyjä lääkehoitoon liittyviä riskikohtia (KUVIO 4) ja tietoperustasta esiin nousseita aihealueita.

Avoin kyselylomake mahdollistaa sellaisten asioiden esiin tulon, joita tutkija ei ole ennalta osannut ajatella. Vastaajalla on mahdollisuus tuoda esiin omia ajatuksiaan avoimessa kyselylomakkeessa, jossa hänelle ei anneta valmiita vastausvaihtoehtoja. Tällöin vastaaja voi ilmaista tärkeänä pitämänsä asiat. Avoin kyselylomake

tuo esiin vastaajan tietämyksen tutkittavasta ilmiöstä. (Hirsjärvi, Remes & Sajavaara 2009, 199-201.) Valitsimme aineistonkeruutavaksi avoimen kyselylomakkeen taataksemme vastaajien anonymiteetin. Halusimme myös kuulla vastaajien todelliset mielipiteet johdattelematta heitä tiettyihin vastauksiin.

Kyselylomakkeen tulee olla helposti täytettävä, selkeä ja johdattelematon, ja vastauksille on oltava tarpeeksi tilaa. (Hirsjärvi, Remes & Sajavaara 2009, 203-204). Esitestasimme kyselylomakkeen kunkin kohderyhmän osaston sairaanhoitajalla. Palautetta pyysimme myös opinnäytetyötämme ohjaavalta opettajalta. Näiden myötä esiin nousseiden palautteiden avulla pystyimme tarkistamaan ja muokkaamaan kyselylomakkeen ulkoasua ja sisältöä mahdollisimman toimivaksi varsinaista tutkimusta varten.

Opinnäytetyösuunnitelman tekeminen alkoi tammikuun lopulla 2014. Suunnitelma valmistui toukokuussa, minkä jälkeen haimme tutkimuslupaa. Tutkimuslupa (LIITE 1) myönnettiin heinäkuussa, minkä jälkeen aloimme suunnitella kyselylomaketta. Syyskuussa veimme ensimmäisen version kyselylomakkeesta esitestattavaksi. Jaoimme osastoille palautteen pohjalta muokatut kyselylomakkeet ja palautuslaatikot saatekirjeen kera. Saatekirjeessä toimme esiin opinnäytetyömme tarkoituksen ja tavoitteen sekä ohjeet kyselylomakkeen täyttämistä ja palauttamista varten. Saatekirjeessä (LIITE 2) painotimme myös kyselyyn vastaamisen vapaaehtoisuutta ja vastaajien anonymiteetin säilyttämistä. Vastausaikaa annoimme yli kolme viikkoa. Saamamme aineisto koostui 21 täytetystä kyselylomakkeesta. Aineiston käsitelimme induktiivisen sisällönanalyysin avulla. Teimme opinnäytetyömme valmiiksi kesän 2015 aikana.

4.3 Aineiston analyysi

Kvalitatiivisessa tutkimustavassa pyritään löytämään aineistosta yhtäläisyyksiä (Janhonen & Nikkonen 2001, 15). Kvalitatiivisessa tutkimuksessa käytettävässä induktiivisessa sisällönanalyysissä lähdetään käsittelemään alkuperäistä aineistoa muodostaen siitä käsitteitä, joiden avulla ilmiöitä kuvataan. Sisällönanalyysi voidaan jakaa seuraaviin vaiheisiin: analyysiyksikön valintaan, aineistoon tutustumiseen, sen pelkistämiseen, luokitteluun ja tulkintaan ja tämän prosessin luotetta-

vuuden arviointiin. Analyysiyksikkö määräytyy tutkimustehtävän ja aineiston laadun mukaan, ja se tulee määrittää ennen analyysiprosessin alkamista. Analyysiyksikkö on useimmiten sana, lause tai sen osa, ajatuskokonaisuus tai sanayhdistelmä. Aineiston pelkistämässä aineiston sisältö muokataan selkeään muotoon käyttäen aineiston termejä. Pelkistämisen kautta muodostuneista selkeistä ilmaisuista etsitään ryhmittelyvaiheessa yhtäläisyyksiä ja eroavaisuuksia. Samankaltaiset ilmaisut kootaan yhdeksi luokaksi, joka nimetään sisältöä kuvaavaksi. Luokille etsitään edelleen yhdistäviä tekijöitä, jolloin niistä muodostuu yläluokkia. Tätä kutsutaan aineiston abstrahoinniksi. Sisällönanalyysin luotettavuuden kannalta tärkeää on pystyä säilyttämään alkuperäinen ajatus aineistoa käsitellessä ja kuvaamaan tutkittavaa ilmiötä luotettavasti. (Latvala & Vanhanen-Nuutinen 2001, 24-29, 36.) Aineistoa käsiteltäessä osallistujien näkökulma pyritään säilyttämään alkuperäisenä (Kylmä, Vehviläinen-Julkunen & Lähdevirta 2003).

Analyysimenetelmänä käytimme induktiivista sisällönanalyysia. Kirjoitimme aluksi käsin kirjoitetun aineiston kysymys kerrallaan sähköiseen muotoon ja pelkistimme aineiston alkuperäisiä ilmaisuja kunnioittaen selkeämpään muotoon. Vastaukset, jotka eivät olleet tulkittavissa tai vastanneet kysymykseemme, jätimme pois sisällönanalyysistä. Muutaman vastauksen osalta siirsimme osan vastauksen sisällöstä toisen kysymyksen sisällönanalyysiin, koska ne vastasivat selkeästi kyseiseen kysymykseen. Tämän jälkeen kävimme kysymyksittäin aineiston sisältöä läpi ja etsimme yhtäläisiä ilmaisuja ja tarkoituksia, joiden perusteella muodostimme alaluokat, jotka nimesimme asiasisältöä kuvaaviksi. Ryhmittelimme alaluokat edelleen yhdistävien tekijöiden perusteella yläluokiksi, jotka nimesimme kuvaamaan niiden sisältämiä alaluokkia. Opinnäytetyön lopussa on malli sisällönanalyysistä (LIITE 4).

5 TUTKIMUSTULOKSET

Tutkimustuloksemme perustuvat tutkimuskysymysten pohjalta laaditun kyselylomakkeen avulla kerättyyn aineistoon. Tutkimustulokset kertovat Kokkolan terveyskeskuksen vuodeosastoilla työskentelevien sairaanhoitajien näkemyksestä turvallisesta lääkehoidosta. Jokaisen luvun lopussa on tekemämme yhteenveto kyseisessä luvussa esiin nousseista tuloksista. Kyselyyn vastanneiden sairaanhoitajien määrä oli 21. Vastanneista 8 ilmoitti työsuhteen kestoksi alle 5 vuotta ja 13 ilmoitti työsuhteen kestäneen 5 vuotta tai enemmän. Sairaanhoitajat olivat saaneet lakisääteisiä lääkehoidon koulutuksia, jotka koostuivat työhön perehdytyksestä ja työnantajan järjestämästä iv-lupa koulutuksesta. Lisäkoulutusta oli saatu eri sairauksien ja oireiden lääkehoidosta. Näitä olivat vanhusten kivunhoito, hengitystiesairauksien lääkehoito ja muu lääkehoidon koulutus. Muutama vastanneista ilmoitti, ettei ollut saanut mitään lääkehoidon koulutusta työsuhteensa aikana. Sairaanhoitajista 8 oli sitä mieltä, että lääkehoidon koulutus on ollut riittävää, kun taas 12 sairaanhoitajan mielestä lääkehoidon koulutus ei ole ollut riittävää. Yksi vastanneista ei osannut vastata kysymykseen.

5.1 Sairaanhoitajan näkemys turvallisesta lääkehoidosta

Halusimme tietää, mitä turvallinen lääkehoito on kohderyhmän mielestä. Selvitimme tätä kysymällä sairaanhoitajien näkemystä siitä, mitä sairaanhoitajan lääkehoidon osaaminen pitää sisällään ja mitkä asiat takaavat turvallisen lääkehoidon toteutumisen heidän työpaikallaan.

Sairaanhoitajien lääkehoidon osaamisalueista kysyttäessä vastauksista muodostuivat yläluokiksi lääkehoidon osaaminen ja ammatillinen osaaminen. Ensimmäinen yläluokka, lääkehoidon osaaminen, koostuu viidestä alaluokasta. Ensimmäinen on lääkeaineiden tuntemus. Sillä tarkoitettiin lääkkeiden käyttöindikaatioiden, lääkkeiden yleisten antomäärien, lääkkeiden vaikutusten, sairauksien kokonaisvaltaisen lääkehoidon, lääkeaineryhmien ja mahdollisten rinnakkaisvalmisteiden tuntemista. Lääkkeen vaikutukset kattoivat vaikutuksen lisäksi haitta- ja sivuvaikutukset, vaikutuksen alkamis- ja kestoajan sekä eri lääkkeiden yhteisvaikutukset. Toinen alaluokka on lääkkeiden antaminen, jolla tarkoitettiin lääkkeiden antotapojen,

antomuotojen ja antoaikojen tietämistä. Lääkkeen antaminen piti sisällään myös lääkkeen käyttökuntoon saattamisen. Kolmas alaluokka on lääkehoidon vaikutuksen seuranta ja kirjaaminen, joka piti vastaajien mukaan sisällään lääkkeen vaikutuksen, sivuvaikutusten ja laboratorioarvojen seurannan ja niihin reagoinnin tarvittaessa sekä seurannan kirjaamisen. Neljäs alaluokka on lääkkeiden tilaaminen, säilyttäminen ja hävittäminen. Vastanneet sairaanhoitajat toivat esille, että sairaanhoitajan tulee tietää, miten lääketilaukset tehdään, miten lääkkeitä säilytetään oikein ja miten vanhat tai ottamatta jääneet lääkkeet hävitetään. Viimeinen alaluokka on iv-osaaminen ja aseptiikka. Iv-osaamiseen liittyen sairaanhoitajat toivat esille nestehoidon osaamisen tärkeyden.

Osaamisen on oltava laajaa. Voidakseen työskennellä tk-osastolla on hallittava eri sairauksien lääkehoito kokonaisuudessaan. Aseptiikka, kädentaidot, lääkeosaaminen, iv-osaaminen, lääkkeiden käsittely, säilyttäminen, hävittäminen, opiaattien anto ja kirjaaminen, lääkkeiden tilaaminen, lääkemääräysten ymmärtäminen.

Tietää lääkeaine-ryhmät. Tärkeimmät sivuvaikutukset. Tietää miten lääke tulee ottaa. Tietää yhteisvaikutuksista, vaikutusnopeuksista. Toetutumisen seuranta - vaikutukset, sivuvaikutukset. Hallitsee iv-nestehoidon perusteet --> seuraa veriarvoja, tekee ratkaisuja.

Toinen yläluokka, ammatillinen osaaminen, koostuu kolmesta alaluokasta. Ensimmäinen alaluokka on oman osaamisen tiedostaminen ja ylläpitäminen. Oman osaamisen tiedostaminen ja ylläpitäminen kattoi osaamisen tiedostamisen ja ylläpitämisen lisäksi lääkelaskujen hallinnan, lääkemääräysten ymmärtämisen ja epäselvien asioiden selvittämisen. Toinen alaluokka on kädentaidot ja toimenpiteet. Vastauksissa tuli esille, että keskeisten toimenpiteiden hallitseminen, kädentaidot ja kipupumppujen käyttö kuuluvat sairaanhoitajien osaamisvaatimuksiin. Kolmas alaluokka on potilasohjaus. Sairaanhoitajan tulee osata ohjata potilasta ja antaa hänelle tietoa hänen lääkityksestään.

Lääkelaskut tulee hallita. Keskeiset toimenpiteet tulee hallita.

Osaamisen ylläpitäminen. Omien rajallisuuksien tunnistaminen.

Asian selvittäminen jos ei esim. tiedä miten lääke annetaan.

Turvallisen lääkehoidon takaavista tekijöistä yläluokiksi muodostuivat sisällönanalyysin avulla lääkehoidon toteuttamiseen vaikuttavat tekijät ja työilmapiiriin ja työhön liittyvät tekijät. Lääkehoidon toteuttamiseen vaikuttavat tekijät koostuvat viidestä alaluokasta. Ensimmäinen alaluokka on resurssit, jolla tarkoitettiin osaston riittäviä resursseja, lääkehoidon toteuttamiselle varattua aikaa ja kiireen vähentämistä. Toinen alaluokka on lääkehoitaja, millä tarkoitettiin vastauksissa sitä, että työvuorossa on erillinen lääkehoitoa toteuttava sairaanhoitaja. Kolmas alaluokka on lääkkeiden kaksoistarkistus. Toinen sairaanhoitaja tarkistaa lääkkeenjakajan potilaskohtaisiin annoksiin jakamat lääketarjottimella olevat lääkkeet. Neljäs alaluokka on asianmukaiset lääkehoidon merkinnät. Tällä tarkoitettiin selkeitä ja ajantasaisia lääkehoidon merkintöjä ja lääkemääräyksiä, toistuvien lääkevaihtojen ja tuotevaihdosten välttämistä ja päivitetyn lääkelistan kuittuamista. Viides alaluokka on lääkehuone, joka takaa työrauhan lääkkeidenjakajalle ja on asianmukainen työtehtäviä ja lääkkeiden säilytystä varten.

Selvästi kirjatut lääkelistat. Ei keskeytyksiä. Ei jatkuvia lääkevaihdoksia lääkäreiltä eikä tuotevaihdoksia apteekista.

Lääkehoitajat, rauhallinen paikka jakaa lääkkeitä. Pyritään rauhoittamaan lääkehuone, mutta käytännössä ei onnistu.

Lääketarjottimen, joka jaettu, tarkistaa toinen hoitaja. Lääkkeet säilytetään tarkoituksenmukaisesti, oikein ja tarvittavan selvästi merkitään.

Asianmukaiset työtilat. Riittävät resurssit, kiireen vähentäminen.

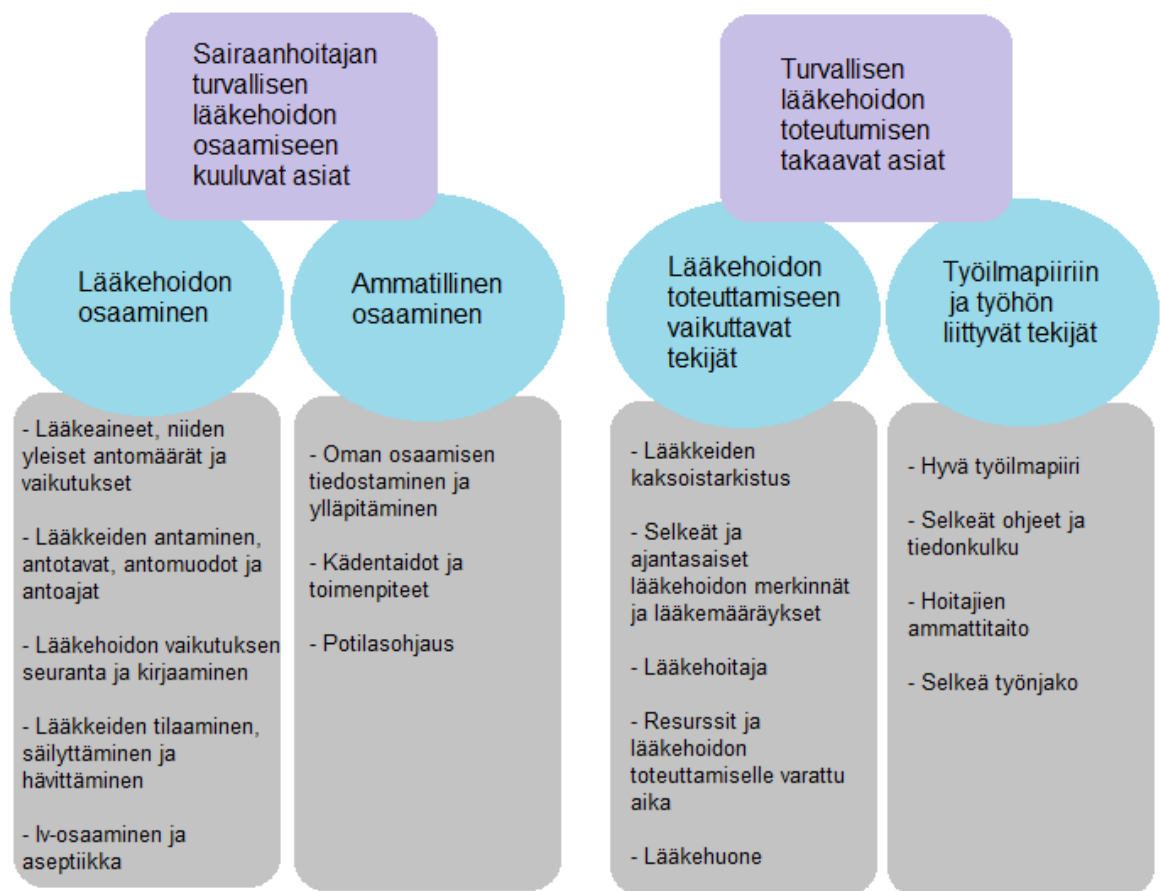
Toinen yläluokka, työilmapiiriin ja työhön liittyvät tekijät, koostuu neljästä alaluokasta. Ensimmäinen alaluokka on hyvä työilmapiiri, jolla vastaajat tarkoittivat avointa työilmapiiriä ja kollegiaalisuutta työntekijöiden keskuudessa. Toisella alaluokalla, selkeät ohjeet ja tiedonkulku, tarkoitettiin raportoinnin tarkoituksenmukaisuutta, selkeää lääkehoidon suunnitelmaa sekä ohjeiden selkeyttä ja sitä, että ne ovat kaikkien tiedossa, yhteiset ja niitä noudatetaan sovitusti. Kolmas alaluokka on hoitajien ammattitaito, minkä takaaviksi asioiksi vastaajat ilmoittivat riittävän koulutuksen, lisäkoulutukset ja tarpeeksi kattavan perehdytyksen työhön. Neljäs alaluokka on selkeä työnjako. Vastauksissa selkeän työnjaon lisäksi esiin nostettiin ajatus siitä, että lääkkeen hakijan tulee huolehtia myös potilaan lääkkeen saanti.

Riittävä ammattitaito, kaikilla sairaanhoitajilla iv-lupa. Lääkkeiden kaksoistarkistus. Selkeä lääkehoidon suunnitelma. Kollegiaalisuus --> aina voi kysyä työkaverilta apua, en ole yksin!

Työnantaja huolehtii työntekijöiden koulutuksesta, että hoitajien tiedot ajan tasalla.

Riittävä koulutus. Selkeät toimintaohjeet ja tavat, jotka kaikkien tiedossa ja niitä noudatetaan sovitusti.

Alla oleva kuvio (KUVIO 5) havainnollistaa kohderyhmän näkemyksen siitä, mitä on turvallinen lääkehoito.



KUVIO 5. Sairaanhoidajan turvallisen lääkehoidon osaamiseen kuuluvat asiat ja turvallisen lääkehoidon takaavat tekijät

5.2 Turvallisen lääkehoidon toteutuminen

Turvallisen lääkehoidon toteutumista toimintaympäristössä selvitimme kysymällä kohderyhmältä heidän näkemystään lääkehoidon turvallisesta toteutumisesta käytännön hoitotyössä. Kysyimme kohderyhmältä lääkehoidon organisoinnista, työn-

tekijän perehdytyksestä, moniammatillisesta yhteistyöstä lääkehoidon toteuttamisessa, lääkkeiden oikeaoppisesta antamisesta ja eri valmisteiden huomioimisesta, potilaan terveydentilan huomioimisesta, lääkehoidon ohjauksesta, lääkkeiden vaikutusten seurannasta ja dokumentoinnista, lääkelistan ulkopuolisten lääkkeiden antojen dokumentoinnista, lääkehoitosuunnitelmasta sekä HaiPro-raportoinnista.

Läähkehoidon organisointia toimintaympäristössä selvittäessämme yläluokiksi muodostuivat lääkehoidosta vastaava sairaanhoitaja sekä sairaanhoitajan ja lähi-/perushoitajan työnjako. Lääkehoidosta vastaavan sairaanhoitajan alaluokiksi muodostuivat lääkehoitaja ja vastaava sairaanhoitaja. Vastauksissa sairaanhoitajat kertoivat työpaikallaan olevan virka-aikana 1 tai 2 lääkehoitajaa, jotka vastaavat koko osaston lääkehoidosta. Muina aikoina lääkehoidosta vastaa vuorossa oleva vastaava sairaanhoitaja.

Työvuorolistassa on merkitty L=lääkepäivä, sairaanhoitaja tietää olevansa sen päivän lääkehoitajana. Viikonloppuisin se sairaanhoitaja, joka on papereissa huolehtii myös lääkkeet ja silloin on toisinaan kiire.

Aamuvuorossa 2 lääkehoitajaa (sh), jotka keskittyy vain lääkehoitoon. Iltavuoron sairaanhoitaja hoitaa sekä lääkkeet että muut asiat.

Toinen yläluokka, sairaanhoitajan ja lähi-/perushoitajan työnjako, jakautuu kahteen alaluokkaan. Ensimmäinen alaluokka, sairaanhoitajan lääkehoidolliset tehtävät, sisältää lääkkeiden tilaamisen, lääkkeiden jakamisen potilasannoksiin ja niiden viemisen potilaspöydille sekä iv-lääkityksistä huolehtimisen ja lääkkeiden kaksoistarkistuksen. Toinen alaluokka, lähi-/perushoitajan lääkehoidolliset tehtävät, sisältää lääkkeiden antamisen potilaalle ja joskus lääkkeiden viemisen potilaalle.

Sairanhoitajat tilaavat lääkkeet ja jakavat potilaskohtaisiin kuppeihin ja kupit pöydille. Pöydiltä lähihoitajat antavat lääkkeet potilaille.

Sairanhoitaja jakaa lääkkeet. Perushoitaja/lähihoitaja voi viedä lääkkeitä potilaille. Iv-lääkityksen hoitaa sairaanhoitaja.

Selvittäessämme uuden sairaanhoitajan perehdytystä lääkehoitoon ja sen toteuttamiseen toimintaympäristössä yläluokaksi muodostui perehdytyksen osa-alueet, ja tämä yläluokka jakautuu neljään alaluokkaan. Ensimmäinen alaluokka, perehdy-

tys toisen hoitajan työparina, tarkoittaa kokeneemman sairaanhoitajan perehdytettävänä oloa. Perehdytysjakson ajan perehdytettävä on ylimääräisenä työntekijänä perehtymässä osaston lääkehoitoon. Perehdytysjakson sanottiin kestävän tarpeen vaatiman ajan ja sen pituudessa oli vaihtelua. Toinen alaluokka on itsenäinen perehtyminen osaston lääkehoitoon, mikä näkyi vastauksissa lääkehoitosuunnitelmaan tutustumisena ja omatoimisena tiedon hankkimisena. Kolmas alaluokka on lääkehoidon osaamisen todentaminen, millä tarkoitettiin iv-koulutusta, lääkehoidon tentin suorittamista sekä tipanlaitosta ja antibioottien laimennuksesta annettavaa näyttöä. Neljäs alaluokka on muut perehdytykseen sisälletyt asiat, joilla tarkoitettiin perehdytyskorttia, lääkärin kiertoon osallistumista ja käytännön hoitotyöhön osallistumista.

Perehdytysjaksolla tulokas on mukana lääkepäivässä toisen pitempään osastolla työskennelleen sairaanhoitajan mukana. Uusi hoitaja tutustuu kirjalliseen lääkehoitosuunnitelmaan sekä tarvittaessa tenttii sairaalan lääkehoidon.

Perehdytysjakso (kierrot, lääkehoitajan kanssa, kentällä).

Kysyimme kohderyhmältä heidän mielipidettään moniammatillisen yhteistyön toimimisesta lääkehoidossa toimintaympäristössä. Yläluokaksi muodostui yhteistyö eri ammattiryhmien välillä, joka jakautuu kolmeen alaluokkaan. Ensimmäinen alaluokka on yhteistyö sairaanhoitajan ja lääkärin välillä. Yhteistyö nähtiin sekä myönteisesti että kehitystä kaipaavana. Toinen alaluokka on yhteistyö sairaanhoitajan ja lähi-/perushoitajan välillä. Osa vastaajista oli sitä mieltä, että näiden ammattiryhmien yhteistyö lääkkeiden vaikutuksen arvioinnissa toimii hyvin, kun taas osa oli sitä mieltä, että lähi-/perushoitajat voisivat osallistua lääkkeiden vaikutuksen arviointiin enemmänkin. Vastauksissa mainittiin myös, että lähi-/perushoitajille voisi antaa lisää vastuuta lääkehoidosta. Kolmas alaluokka, moniammatillinen tiimi, tuli vastauksissa esiin näkemyksenä siitä, että kaikkien potilaan hoitoon osallistuvien ammattihenkilöiden tavoitteena on mahdollisimman hyvä ja turvallinen lääkehoito.

Huonosti, koska lääkäri ei kanna vastuutaan. Lähihoitajien kanssa yhteistyö sujuu todella hyvin. Heitä voisi vastuuttaa.

Toimii melko hyvin, mutta enemmän toivoisin lähihoitajan/perushoitajan arviointia siitä, miten lääke vaikuttanut jne.

Sairaanhoitaja jakaa lääkkeitä tarjottimelle ja potilaille. Perus-/lähihoitajat ja sairaanhoitajat yhdessä seuraa lääkevaikutuksia sen mukaan kuka lääkkeen on antanut.

Lääkärit, sairaanhoitajat, lähi-/perushoitajat, apteekki, fysioterapeutit. Kohtuullisen hyvin. Pyrkimyksenä kaikilla on potilaan paras hoito. Kaikilta osapuolilta tulee tarvittaessa ehdotuksia lääkehoidon parantamiseen.

Haimme vastausta siihen, kuinka sairaanhoitajat huomioivat oikeaoppisen lääkkeiden antamisen ja eri lääkevalmisteiden vaatimukset lääkehoidossa omalla kohdallaan. Yläluokkia muodostui kaksi, lääkkeen antoajan huomiointi ja lääkkeen antamisessa huomioitavat asiat. Lääkkeen antoajan huomiointi jakautui kahteen alaluokkaan. Ensimmäinen alaluokka, erityishuomiota vaativien lääkkeiden antajat, näkyi vastauksissa tyhjäan mahaan annettavien lääkkeiden, kuten pahoinvointilääkkeiden ja Parkinsonin tautiin tarkoitettujen lääkkeiden, ajallaan antamisena ja antaikojen tarkistamisena. Vastauksissa mainittiin myös mahdollisuus käyttää hälyttävää ajastinta lääkkeenantoa muistuttamaan. Toinen alaluokka, erillinen jakolista tietyillä lääkkeillä, tarkoitti lääkkeen jakamista oikeaan aikaan helpottavaa jakolistaa esimerkiksi silmätipoilta.

Lääkkeen saanti viivästyy esim. antibiootin aloitus. Tai esim. parkinsonin lääkkeiden säännöllinen anto, lähes minuutillisen olisi tärkeää, lääkehuoneessa on kello, jonka voi ajastaa. useamman kerran päivässä menevät lääkkeet, esim. silmätipat, tarvitsevat/vaativat oman listansa, jotta lääke tulee annosteltua oikein.

Parkinson-lääkkeet oikeaan aikaan. Ensin pahoinvointilääke (30min ennen muita lääkkeitä).

Toinen yläluokka, lääkkeen antamisessa huomioitavat asiat, jakautui neljään alaluokkaan. Ensimmäinen alaluokka, tablettien jauhaminen ja puolittaminen tuli esiin vastauksissa siten, että pyrkimyksenä on jauhaa tai puolittaa vain sallitut lääkkeet tarvittaessa, mutta joskus kokonaisenakin annettavaksi tarkoitettut valmisteet on jauhettu, jotta potilas saisi lääkkeen. Vastauksissa ilmeni, että osa jauhaa lääkkeet yksi lääke kerrallaan ja jotkut jauhavat kaikki lääkkeet kerrallaan. Toinen alaluokka on lääkkeen antotavan ja antomuodon huomiointi ja lääkemuodon vaihto tarvittaessa. Lääkkeen antoreittejä ja antotapaa pyritään toimintaympäristössä vastaus-

ten mukaan noudattamaan. Potilaalle sopimaton lääkemuofo pyritään vaihtamaan sopivaksi informoimalla asiasta lääkäriä. Kolmas alaluokka on lääkkeiden antaminen nenämahaletkuun tai gastrostoomaan. Vastauksissa kerrottiin lääkkeet liuotettavan erikseen aquaan ja annosteltavan erikseen. Neljäs alaluokka, aseptiikka, käsitti aseptiikan noudattamisen lääkkeen annossa ja jauhamisessa.

Jos lääkkeitä pitää jauhaa niin yksi lääke kerrallaan. Depot-läkkeitä ei saisi jauhaa, mutta joskus näin kuitenkin joutuu tekemään.

En jauha sellaisia lääkkeitä mitä ei saisi jauhaa, lääkäriille informoin asiasta ja vaihdetaan esim. nestemäiseen valmisteseen.

Tabletit pitäisi jauhaa aina erikseen, yksittäin, mutta usein tulee murskattua kaikki yhtä aikaa morttelissa (nielemisongelmaiset). NML ja PEG laitan aina joka lääkkeen erikseen.

Aseptisesti annan lääkkeet potilaalle. Jauhan lääkkeet aseptisesti ja oikeanlaisessa astiassa. Käytän oikeanlaisia välineitä.

Haimme vastausta siihen, miten työyhteisössä huomioidaan oikeaoppinen lääkkeiden antaminen ja eri lääkevalmisteiden vaatimukset lääkehoidossa. Pääsääntöisesti vastaajat kokivat lääkkeiden antamisen ja lääkevalmisteiden vaatimusten huomioimisen toteutuvan hyvin ja ohjeiden mukaan. Sisällönanalyysin kautta yläluokaksi muodostui lääkkeen antaminen potilaalle, mikä jakautui kahteen alaluokkaan. Ensimmäinen alaluokka, lääkkeen antaminen ajallaan, pitää sisällään eri lääkkeiden, kuten Parkinsonin taudin hoitoon tarkoitettujen ja tyhjään mahaan otettavien lääkkeiden, antoaikojen noudattamisen ja erilaiset toimet, joilla työyhteisössä pyritään varmistamaan lääkkeen anto ajallaan. Tällaisiksi toimiksi esitettiin vastauksissa antoajasta kertovat lääkekuppien väritykset, erilliset jakolistat tietyille lääkkeille, potilashuoneiden jako sekä tiettyihin lääkevalmisteisiin käsin kirjoitettu ottoajan kertova kellonaika. Potilashuoneiden jako sairaanhoitajien kesken nähdään lääkkeenannon ja nestehoidon tarkkailua parantavana tekijänä.

Sekä omalla kohdalla ei aina toteudu eikä myöskään työyhteisössä, jos lääke pitää antaa tyhjään vatsaan tai muita poikkeusantoaikoja.

Silmätippa-lista potilaan pöydällä muistuttaa antamaan säännöllisesti useamman kerran päivässä menevät lääkkeet, myös muutkin kuin silmätipat. Astmaläkkeissä kellonaika, näin kaikki tietävät milloin lääke pitää antaa.

Nykyään on pyritty aamuvuoroissa jakamaan omat huoneet hoitajille, joista vastataan, näin myös lääkkeidenotto ja iv-nesteet ovat paremmassa seurannassa.

Toinen alaluokka, lääkkeiden oikeaoppinen antaminen, kattaa lääkkeiden jakamisen ja jauhamisen, säilyttämisen, aseptisen toiminnan lääkehoidossa sekä lääke-
muotojen vaatimusten huomioimisen lääkkeidenannossa. Työyhteisön keskuudessa lääkkeiden oikeaoppisen antamisen nähtiin toteutuvan melko hyvin ja työyhteisössä nähtiin olevan tarpeeksi tietoa lääkkeiden antoon liittyen. Valtaosa vastanneista sanoi työyhteisössä noudatettavan tarkkuutta lääkkeiden annossa. Pieni osa oli huomannut hoitajakohtaisia eroja lääkkeiden oikeaoppisessa antamisessa.

Mielestäni hyvin. Keskustelua herättää usein lääkkeiden jauhaminen. Että voiko jotain lääkettä jauhaa tai esim. kapselia avata.

Kaikkia lääkkeitä emme valitettavasti pysty antamaan oikeaoppisesti. Esim. PEG-letkuun laitamme sinne sopimattomia valmisteita, kuten Somac. Jauhamme lääkkeitä, joita ei saisi jauhaa, esim Somac. Tämä siksi ettemme voi tilata korvaavia valmisteita sairaala-apteekista tai niitä ei ole ja potilaan on välttämätön saada kyseistä lääkettä.

Työyhteisössä on mielestäni tietoa, kuinka lääkkeet annetaan. Voimakkaita huumaavia kipulääkkeitä ei saa jauhaa. Yleensä se tiedossa.

Selvitimme, millaista on sairaanhoitajien antama ohjaus potilaalle päivittäiseen lääkkeenottoon liittyen. Vastauksista muodostui kaksi yläluokkaa, lääkkeenottoon ja lääkitykseen liittyvä ohjaus sekä kattava ja yksilöllinen ohjaus. Lääkkeenottoon ja lääkitykseen liittyvä ohjaus jakautuu kolmeen alaluokkaan. Ensimmäinen alaluokka, milloin lääke otetaan, sisältää ohjauksen lääkkeen ottoajasta ja siitä, tulee-ko lääke ottaa ruuan kanssa vai tyhjään mahaan. Toinen alaluokka, miten lääke otetaan, sisältää ohjauksen, kuinka lääkkeet otetaan, saako tabletteja pureskella ja tuleeko tabletit ottaa kokonaisina. Vastausten mukaan potilaita ohjataan kädestä pitäen insuliinin pistämisessä ja inhaloitavien lääkkeiden ottotekniikassa. Kolmas alaluokka on lääkityksen syy ja vaikutus. Potilaalle kerrotaan mitä varten lääke on, mitkä ovat lääkkeen toivotut vaikutukset ja mahdolliset haittavaikutukset. Potilas saa ohjausta myös lääkemuutoksista, annosmuutoksista ja lääkkeen lopetuksesta.

Lääkkeet ajallaan ja oikeat lääkkeet. Tyhjään vatsaan tai ruuan yhteydessä. Miten lääkkeen imeytymisen kannalta on paras. Depotlääkkeet kokonaisina.

Kertomalla miksi jokin lääke menee, milloin paras ottaa. Myös muut huomioitavat asiat kerrotaan. Opetetaan "kädestä pitäen" insuliinin pisto ja astmalääkkeen otto.

Kerron jos joku lääke vaihdettu toiseen, annosta muutettu tai lääke kokonaan lopetettu. Kerron milloin lääke tulisi ottaa jos vien valmiiksi potilaspöydälle.

Toinen yläluokka, kattava ja yksilöllinen ohjaus, jakautui kahteen alaluokkaan, jotka ovat monipuolinen ohjaus ja potilaskohtainen ohjaus. Monipuolinen ohjaus nousi vastauksissa esiin erityishuomiota vaativien asioiden kertomisena, omaisten ohjaamisena ja lääkekohtaisena ohjaamisena. Potilaskohtainen ohjaus on potilaan toimintakyvyn huomioimista ohjauksessa ja ohjaustilanteen rauhoittamista.

Selitän potilaalle hänen lääkityksen, antotavat ja ajankohdat, yksilöllisesti huomioiden potilaan toimintakyvyn.

Ohjaus on lääkekohtaista. Ottotekniikka, esim. inhaloitavien lääkkeiden suhteen vaatii usein ohjausta, myös omaisille.

Kysyimme sairaanhoitajilta, miten he ottavat huomioon potilaan terveydentilaan liittyvät rajoitteet lääkehoidon toteuttamisessa. Yläluokiksi muodostuivat potilaan lääkkeensaannin varmistaminen ja ohjauksessa huomioitavat asiat. Potilaan lääkkeensaannin varmistamiselle muodostui viisi alaluokkaa. Ensimmäinen alaluokka on lääkemuodon valinta ja tablettien jauhaminen, joka ilmeni vastauksissa potilaiden terveydentilan huomioimisena lääkemuotoa valittaessa. Tarvittaessa tabletit annetaan jauhattuna, liuotettuna tai lääkemikstuurana. Kun lääkkeen otto suun kautta ei onnistu, voidaan miettiä vaihtoehtoisia lääkkeen antotapoja. Toinen alaluokka, lääkkeet annetaan suuhun, näkyi vastauksissa lääkkeen otossa auttamisena niiden potilaiden kohdalla, jotka eivät itse kykene lääkettä ottamaan. Muistisairaille potilaille lääkkeet annetaan suoraan suuhun. Vastauksissa ilmeni, että hoito henkilökunnan välillä jaetaan tietoa siitä, kenelle potilaille lääkkeet pitää antaa suuhun. Kolmas alaluokka, lääkkeenoton valvominen, ilmeni vastauksissa lääkkeenoton varmistamisena ja valvomisena lähinnä muistisairaiden potilaiden kohdalla. Neljäs alaluokka on lääkkeiden vienti, jolla tarkoitettiin sitä, ettei lääkkeitä

viedä esimerkiksi muistisairaalle potilaalle etukäteen potilaspöydille tai että ne asetetaan potilaan ulottumattomiin. Viides alaluokka on lääkkeiden tarpeellisuus, joka näkyi vastauksissa lääkkeiden tarpeellisuuden arviointina ja potilaan terveydentilan huomioimisena lääkkeenmääräyksen yhteydessä.

Muistisairaalle potilaalle huolehditaan lääkkeet suuhun asti. Hemipareesi potilasta avustetaan lääkkeenotossa, jos nielemisen kanssa on ongelmaa, lääkkeet jauhetaan tai annetaan esim mikstuurana.

Onko lääkereitit mahdollisia, voiko jauhaa/murskata. Onko osa lääkkeitä tarpeen.

Muistisairaalle potilaalle en jätä lääkkeitä pöydälle, koska en voi tietää, minne ne päätyvät, kun menen paikalta pois. Jos potilas ei pysty nielemään tai ei ota kokonaisia tabletteja, silloin mietin, onko jauhaminen parempi, että voi ne ottaa.

Toinen yläluokka, ohjauksessa huomioitavat asiat, jakautui kahteen alaluokkaan. Ensimmäinen alaluokka on lääkekohtaiset ottoajat, jolla tarkoitettiin huomion kiinnittämistä lääkkeenottoajankohtaan tiettyjen sairauksien, kuten Parkinsonin taudin, lääkehoidon kohdalla. Toinen alaluokka on selkeä ohjaus, joka pitää sisällään potilaskohtaisen ohjeistuksen, selkeät ohjeet ja neuvonnan, ohjeiden kertauksen ja omaisten ohjauksen.

Ohjeet mietitään potilaalle sopivaksi, kerrataan tarpeen mukaan. Ohjeistetaan omaisia.

Yksinkertaiset ja selkeät ohjeet ja neuvonta.

Selvittäessämme miten lääkkeiden vaikutusta potilaaseen seurataan vastaajien työpaikalla, oli suurin osa sitä mieltä, että lääkehoidon vaikutuksen seurannassa olisi kehitettävää. Yläluokiksi tulivat seurannan keinot ja seurannan laatu. Seurannan keinot jakautui kolmeen alaluokkaan. Ensimmäinen alaluokka on kysyminen, joka on lääkehoidon vaikutuksesta kysymistä sanallisesti ja kipumittaria apuna käyttäen. Toisena alaluokkana on potilaan tarkkailu, joka tarkoittaa potilaan yleisvoinnin, eleiden ja ilmeiden sekä potilaan päivittäisissä toimissa tapahtuvien muutosten tarkkailua. Kolmas alaluokka on mittaukset, joka käsittää vitaalielintoimintojen, kuten pulssin ja verenpaineen mittaamisen, verikoearvojen seuraamisen ja monitoriseurannan tarvittaessa.

Seurataan potilaan vointia. Kysytään potilaalta lääkkeen vaikutuksista. Vitaalitoimintojen mittaus.

Pyritään seuraamaan teho-/haittavaikutuksia. Tarkasti ei pystytäkään seuraamaan. Tehoa esim. antibioottien kohdalla seurataan laboratoriotutkimuksin.

VAS-mittari, RR-seuranta, kirjaaminen HOIT-sivulle päivittäin. Verikoe-vastaukset. Kipulääkkeiden vaikutusta seurataan parhaiten, sekä RR-lääkkeiden. Parantamisen varaa varmasti olisi, esim. haittavaikutukset, jotka näkyvät verikokeissa jää monesti lääkärin varaan.

Toinen yläluokka on seurannan laatu, joka jakautui kolmeen alaluokkaan. Ensimmäinen alaluokka, riittävä seuranta, ilmeni vastauksista siten, että lääkehoidon vastetta ja haittavaikutuksia pyritään seuraamaan ja seurantaa kirjataan päivittäin. Vastauksissa mainittiin verenpainelääkkeiden ja kipulääkkeiden seurannan toteutuvan parhaiten. Toinen alaluokka, puutteellinen seuranta, muodostui vastauksista, joiden mukaan lääkehoidon vasteen ja haittavaikutusten seuranta ei toteudu tarpeeksi hyvin. Vastaajien mukaan parantamisen varaa olisi sekä seurannassa että sen kirjaamisessa. Lääkehoidon vaikutuksen seurannan koettiin olevan vaihtelevaa. Yhdeksi syyksi seurannan puutteellisuuteen esitettiin hoitohenkilökunnan vähäinen määrä. Kolmas alaluokka on moniammatillinen seuranta, joka näkyi vastaajien kokemuksena siitä, että lääkehoidon vaikutuksen seurantaan osallistuvat sekä lähi-/perushoitajat, sairaanhoitajat että lääkäritkin. Ammattiryhmien välistä tiedonjakoa potilaiden lääkehoidon vasteeseen liittyen tapahtuu tarpeen vaatiessa.

Haittavaikutuksia ei aina heti huomata, koska henkilökuntaa vähän.

Enemmän pitäisi seurata. Monesti annetaan lääke ja sitä ei tule kirjata, auttoiko se. Mutta jos potilas kertoo, ettei auttanut tai tuli jotain muuta haittavaikutusta, kirjaan sen.

Erittäin hyvin. Jos ei vastetta, informoidaan lääkärää, joka muuttaa potilaan kipulääkityksen tarvittaessa. Annosnosto. Lasketaan paljonko (mg) saanut tarvittaessa ja nostetaan kipulääkitystä.

Kysyimme kohderyhmältä, miten potilaan lääkehoidon seuranta dokumentoidaan, ja yläluokiksi muodostuivat dokumentoinnin paikka ja dokumentoinnin kattavuus. Dokumentoinnin paikka jakautuu kahteen alaluokkaan, potilastietojärjestelmään ja erilliseen lomakkeeseen. Potilastietojärjestelmä tarkoitti vastauksissa sitä, että potilaan lääkehoitoon liittyvä dokumentointi kirjataan toimintaympäristössä käytössä

olevaan Efficaan, hoitotyön toiminnot- ja kuumekurva-näkymille. Toinen alaluokka, erillinen lomake, tarkoitti käsin kirjaamista injektiolehdelle ja opiaattien seurantalomakkeelle. Potilaalle annettu injektiolehdellä olevat lääkkeet rastitetaan annetuiksi ja Efficaan kirjataan siinä tapauksessa, jos injektiolehdellä olevaa lääkettä ei ole jostain syystä annettu potilaalle. Toinen yläluokka, dokumentoinnin kattavuus, jakautuu dokumentoitaviin asioihin ja dokumentoinnin laatuun. Dokumentoitavia asioita olivat lääkelistan päivittäminen, lääkelistan viimeksi tarkistaneen sairaanhoitajan nimi, opiaatit, tarvittaessa annettavat lääkkeet, potilaan voimien muutokset ja jos lääkkeestä ei ollut apua. Dokumentoinnin laadun nähtiin olevan lääkkeen vaikutuksen seurannan osalta puutteellista. Lääkkeen vaikutuksen seuranta kirjataan usein vain lääkärin sitä pyytäessä. Erityisesti kipulääkkeiden osalta vaikutuksen kirjaamiseen pitäisi panostaa enemmän.

Listalla menevistä kirjataan koneelle huumelälääkkeet. Piikkilehdellä menevät, esim nestemäiset, jääkaappitavara ym. rastitetaan annetuiksi, jos ei jostain syystä anneta se kirjataan myös koneelle. Tarvittavat kirjataan aina kuumekurvalle. Vaikutus kirjataan koneelle. Ikävä kyllä vaikutusta ei aina kirjata ylös (allekirjoittanut mukaan luettuna).

Tarkoitus tietysti olisi, että päivittäin ja joka vuorossa kirjataan HOI-sivulle. Enimmäkseen se on kirjausta lääkekohtaan ja/tai kuumekurvaan annettavat tarvittavat lääkkeet. Lääkelistassa lukee pv-määrät ja kuka lääkkeet tarkistanut viimeksi.

Selvitimme kyselylomakkeen avulla, mitä asioita sairaanhoitajat kirjaavat lääkelistan ulkopuolisista lääkkeidenannoista. Vastauksista muodostui kolme yläluokkaa, lääkkeen annosta kirjattavat tiedot, lääkkeen vasteen seuranta ja lääkemutokset sekä kolmantena erikseen kirjattavat lääkkeet. Ensimmäinen yläluokka, lääkkeen annosta kirjattavat tiedot muodostuu viidestä alaluokasta. Ensimmäinen alaluokka eli lääkkeen nimi ja annos kattaa tiedot lääkkeestä ja potilaalle annetun lääkemäärän. Toinen alaluokka on lääkityksen syy, millä tarkoitettiin sitä, mihin vaivaan lääke annetaan, esimerkiksi ylimääräinen kipulääke. Kolmas alaluokka on lääkemutosto ja antotapa. Vastanneet sairaanhoitajat kirjaavat annetun lääkkeen lääkemutodon ja antotavan, eli onko lääke annettu esimerkiksi suun kautta, inhaloituna, injektiona lihakseen, ihon alle tai suonensisäisesti. Neljäs alaluokka on lääkkeen antoaika eli mihin kellonaikaan lääke on annettu. Viides alaluokka on lääkkeen antaja, joka kirjataan lääkkeenannon yhteydessä.

Toinen yläluokka, lääkkeen vasteen seuranta ja lääkemuutokset, jakautuu kahteen alaluokkaan, jotka ovat muutos lääkelistalle ja lääkkeen vaikutuksen seuranta. Muutos lääkelistalle tarkoitti vastauksissa lääkkeen annosnostoa tai lisäystä lääkelistalle. Lääkkeen vaikutuksen seuranta näkyi vastauksissa sen kirjaamisena, onko lääkkeellä ollut toivottu vaste ja onko vaste ollut riittävä.

Kolmas yläluokka on erikseen kirjattavat lääkkeet, joka koostuu kolmesta alaluokasta. Ensimmäinen alaluokka on tarvittaessa annetut lääkkeet. Vastanneet sairaanhoitajat kirjaavat lääkelistalla olevien tarvittaessa annettavien lääkkeiden annot. Toisena alaluokkana, opiaattien anto, tarkoitti opiaattienannon kirjaamista sekä niiden seurantalomakkeille että hoitotyön toiminnot -näkyville Efficaan. Kolmas alaluokka on ilman lääkärin määräystä annetut lääkkeet. Vastanneet toivat esille tilanteet, joissa potilaalle on täytynyt antaa lääkettä, joka ei ole lääkelistalla. Kyseessä voi olla lääke, jonka antaminen ei vaadi lääkärin määräystä, esimerkiksi kipuvoiteet ja ylimääräinen kipulääke. Tällöin lääkkeen antava sairaanhoitaja arvioi lääkkeen sopivuuden potilaalle ennen antamista.

Kirjaan kuumekurvalle mitä lääkettä olen antanut ja kuinka paljon ja mihin kellonaikaan. Lisäksi opiaatit kirjaan opiaatti-kansioon ja HOI-lehdelle lääkehoito-kohtaan. Kirjaan mihin vaivaan potilas on lääkettä saanut ja onko siitä ollut apua.

Panadolia tai muuta annan (buranaa) jos potilas sanoo luotettavasti, että on käyttänyt kotona ja arvioin samalla sopiiko yhteen muiden lääkkeiden kanssa. Kirjaan ylös ja kysyn seuraavana päivänä lääkäriltä virallisen luvan.

Kysyimme kyselylomakkeella kohderyhmältä, mistä heidän työpaikkansa lääkehoitosuunnitelma löytyy ja ovatko he perehtyneet siihen. Yläluokka, lääkehoitosuunnitelma, jakautuu kahteen alaluokkaan, paperiversio ja sähköinen versio. Vastauksista kävi ilmi, että lääkehoitosuunnitelma on työntekijöiden saatavilla sekä sähköisesti työntekijöiden käytössä olevasta intranetistä, tietopakista, että paperisena versiona kansiossa lääkehuoneessa tai kansliassa. Kysymykseen vastanneista 20 ilmoitti perehtyneensä osaston lääkehoitosuunnitelmaan ja yksi ilmoitti, ettei ollut perehtynyt siihen.

Selvitimme kyselylomakkeella kohderyhmältä, miten HaiPro-ilmoitus tehdään. Yläluokka, ohjeistettu intranetistä löytyvä ohjelma, jakautuu kahteen alaluokkaan, sähköinen ohjelma ja ohjeistettu lomakkeen täyttö. Vastanneet sairaanhoitajat kertoivat vastauksissaan HaiPro-ilmoituksen tehtävän työpaikan intranetistä löytyvän sähköisen ohjeistetun HaiPro-vaaratapahtumien raportointijärjestelmän avulla. Lomakepohja ohjaa täyttämään oikeat kohdat, ja se lähetetään sähköisesti eteenpäin. Lomakkeen täyttäjän tulisi vastanneiden mielestä olla se henkilö, joka haitan tai vaaran on huomannut.

Täytetään intra-netissä HaiPro -vaaratapahtumien raportointijärjestelmässä lomake.

Ilmoituspohja löytyy intranetistä. Lomake täytetään ja lähetetään sähköisesti. Lomakkeesta valitaan lääkehaittakohta. Lomake ohjaa täyttämään tarvittavat kohdat.

Selvitimme kohderyhmältä, mitkä tilanteet raportoidaan ja mitkä jäävät raportoimatta HaiPro-ohjelman avulla. Vastanneet toivat esille, että raportoinnin aktiivisuus ja raportoitavat asiat vaihtelevat hoitajien kesken. Yläluokka, raportointi HaiPro-ohjelman avulla, jakautuu kahteen alaluokkaan. Ensimmäinen alaluokka, raportoitavat asiat, näkyi vastauksissa sairaanhoitajien mielipiteenä, että potilaalle asti menneet haitat ja ne haitat, jotka potilaalle asti mennessään olisivat olleet merkittävästi haitallisia, raportoidaan. Väärälle potilaalle mennyt, väärä lääke, väärä annos, väärä antoaika, lääkemääräyksen väärinymmärrys ja antamatta jäänyt lääke raportoidaan. Lääkepoikkeamien lisäksi raportoidaan hoitopoikkeamat, laitepoikkeamat ja hoitajaan kohdistuvat vaaratapahtumat.

Raportoidaan mm. lääkepoikkeamat, hoitopoikkeamat, laitepoikkeamat.

Potilaaseen tapahtuneet läheltä piti -tilanteet/potilaaseen välittömästi tapahtuneet/henkilöstöön kohdistuneet. Esim lääkeshoidossa annettu väärä tbl.

Lääkkeen antamatta jättäminen, väärä lääke annettu väärälle potilaalle, lääkettä annosteltu väärin, lääkettä annettu väärään aikaan, lääkemääräys on ymmärretty/toteutettu väärin.

Toinen alaluokka on raportoimatta jäävät asiat. Vastanneet sairaanhoitajat sanoivat raportoimatta jäävän osan läheltä piti -tilanteista, kun haitta ei ole mennyt poti-

laalle asti. Lääkkeiden kaksoistarkistuksessa ilmi tulleet jakovirheet jäävät yleensä raportoimatta HaiProon. Tilanteet, joissa potilas ei ole saanut lääkettä, potilas on saanut väärän lääkkeen tai potilas on saanut lääkkeen väärään aikaan, jätetään joskus raportoimatta.

Jäävät raportoimatta läheltä piti -tilanteet. Varmaankin osa niistä kun potilas on saanut väärän lääkkeen tai jokin lääke on jäänyt saamatta, antibiootin viivästyminen.

Raportoimatta jää jos kaksoistarkistuksessa huomattu jakovirhe, mutta lääke ei ole mennyt vielä eteenpäin potilaalle.

Vastauksissa ilmoitettiin raportoimatta jäävien tilanteiden määräksi vastaajasta riippuen 1-20 raportoimatta jäänyttä asiaa viikossa. Vastausten keskiarvoksi muodostui 6,3 raportoimatta jäänyttä tilannetta viikossa. Haimme kyselylomakkeella vastausta siihen, mitkä tekijät vaikuttavat tilanteiden raportoimatta jäämiseen. Vastauksista muodostui kaksi yläluokkaa. Ensimmäinen yläluokka on ajan puute ja hättätapahtuman laatu, joka jakautuu kahteen alaluokkaan. Ensimmäinen alaluokka, kiire, näkyi vastauksissa kokemuksena ajan puutteesta, mikä johtaa siihen, ettei hättätapahtumia ehdi raportoida. Toinen alaluokka, virheen merkityksettömyys, ilmeni vastauksissa kokemuksena siitä, että potilaalle ei ole aiheutunut haittaa tai vaaraa virheestä tai virhe ei ole mennyt potilaalle asti. Lääkkeiden kaksoistarkistuksen nähtiin olevan mahdollisuus korjata virhe, jolloin siinä ilmi tullutta lääkkeenjakovirhettä ei ole syytä raportoida.

Toinen yläluokka on henkilökohtaiset syyt, joka jakautuu neljään alaluokkaan. Ensimmäinen alaluokka on kollegiaalisuus, joka näkyi vastauksissa ajatuksena siitä, ettei haluta ilmiantaa virheen tehnyttä työkaveria ja halutaan antaa virheet anteeksi. Toinen alaluokka on inhimilliset syyt, jotka näkyivät vastauksissa siten, että virheiden tekemisen ja asioiden unohtamisen ajatellaan olevan inhimillistä. Tähän alaluokkaan kuului myös tietämättömyys siitä, mitkä asiat tulee raportoida. Virheiden tekemisen koettiin olevan häpeällistä. Kolmantena alaluokkana on hoitajan asenne, joka tarkoittaa sitä, etteivät kaikki hoitajat pidä hättätapahtumien raportointia tärkeänä. Kaikki eivät jaksaa täyttää raportointilomaketta tai pitävät sen täyttämistä vaikeana. Neljäs alaluokka, kokemus raportoinnin

merkityksettömyydestä, tarkoittaa kokemusta siitä, että raportoimalla haittapähtumistä ei saavuteta muutosta virheisiin johtaneisiin syihin.

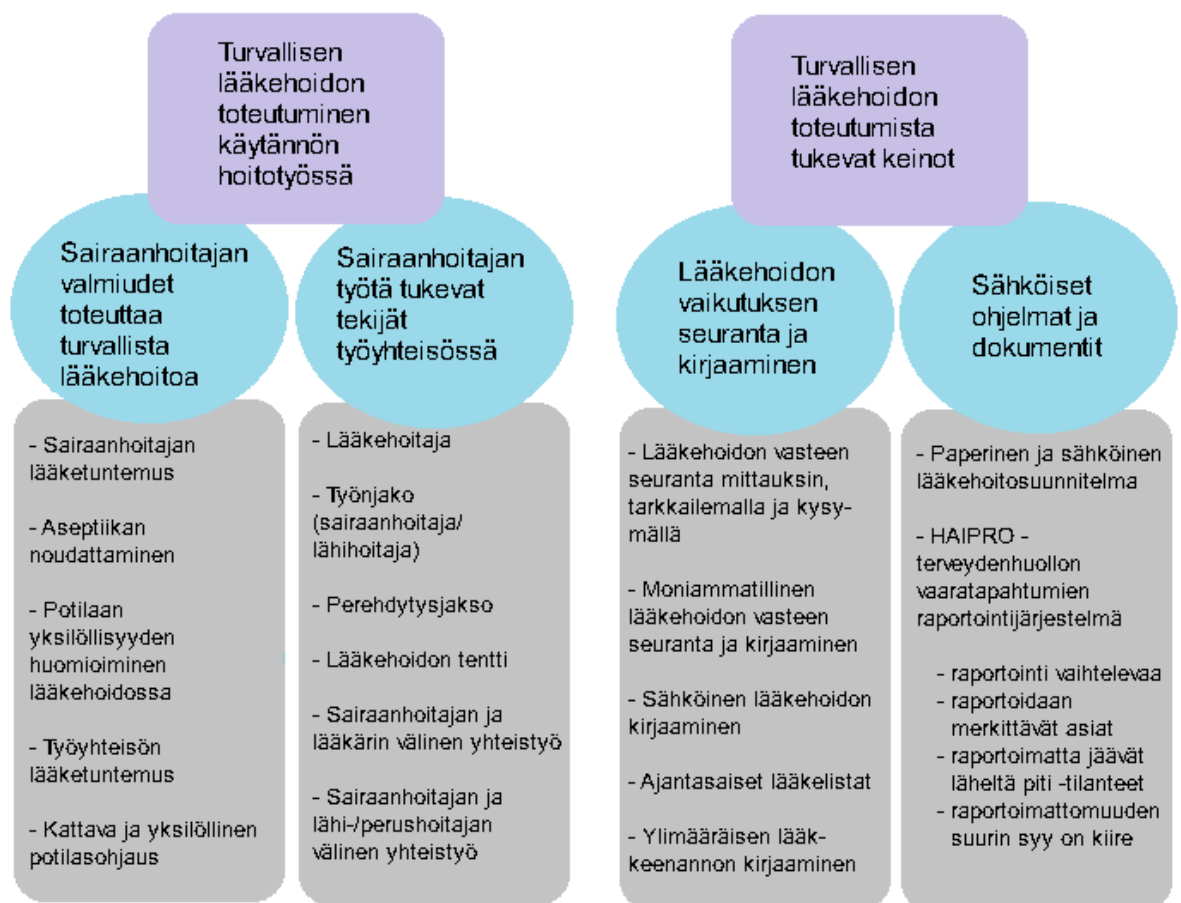
Ei haluta käräyttää tai syyttää työkaveria. Ajatellaan että virheiden tekeminen on inhimillistä.

Kaikki eivät pidä niitä tärkeinä. Suurempi syy ajan puute, kiire. Kun ehtisi tekemään ne päivään kuuluvat välttämättömät työtään.

Häpeä virheistä. Ei haluta tuoda esille virhettä. Tietämättömyys että millaisista tilanteista täytyy raportoida.

Jos lääkkeiden kaksoistarkastuksessa, korjaan sen. Joskus kerron lääkkeen jakajalle, mutta en jaksa joka virheestä raportoida. Tarkastus on sitä varten, että virheet huomataan.

Alla olevassa kuviossa (KUVIO 6) näkyy kooste turvallisen lääkehoidon toteutumisesta ja sitä tukevista keinoista.



KUVIO 6. Turvallisen lääkehoidon toteutuminen ja sitä tukevat keinot

5.3 Turvallisen lääkehoidon toteutumiseen vaikuttavat asiat

Selvitimme turvallisen lääkehoidon toteutumiseen vaikuttavia asioita kysymällä kohderyhmältä, mitkä tekijät heikentävät lääkehoidon turvallista toteutumista lääkkeidenjakohuoneessa lääkkeitä jakaessa ja potilashuoneessa tapahtuvassa lääkkeiden antotilanteessa. Vastausta tutkimuskysymykseen haimme myös kysymällä, miten sähköinen kirjaaminen vaikuttaa turvallisen lääkehoidon toteutumiseen.

Pyysimme vastaajia antamaan esimerkkejä tekijöistä, jotka heikentävät lääkehoidon turvallista toteutumista lääkkeidenjakotilanteessa lääkkeidenjakohuoneessa. Vastausten yläluokiksi muodostuivat lääkkeidenjakoa kuormittavat tekijät ja lääkkeidenjakoa hankaloittavat tekijät. Lääkkeidenjakoa kuormittavat tekijät pitää sisällään kaksi alaluokkaa, ajan puute ja lääkehoitajan työmäärä. Ajan puute tarkoittaa kiirettä lääkkeidenjakotilanteessa. Työmäärän nähtiin olevan suuri yhtä lääkehoitajaa kohden. Lääkkeiden runsaan määrän nähtiin olevan lääkehoitajan työmäärää lisäävä tekijä. Lääkehoitajan työmäärää lisäävänä tekijänä pidettiin lääkehoitajan vastuulla olevia muuhun hoitotyöhön liittyviä työtehtäviä, kuten potilaiden verenpaineen mittaaminen.

Toinen yläluokka, lääkkeidenjakoa hankaloittavat tekijät, pitää sisällään kolme alaluokkaa. Ensimmäinen alaluokka on häiriötekijät. Tällaisia työrauhaa heikentäviä tekijöitä olivat melu, keskeytykset kuten toisen hoitajan käynti lääkkeidenjakohuoneessa ja erilaiset häiriötilanteet. Toisena alaluokkana, epäselvät lääkemääräykset ja lääkelistat, tarkoittaa epäselviä ja vain sanallisesti annettuja lääkemääräyksiä sekä epäselviä, virheellisiä, puutteellisia, päivittämättömiä ja lääkärin kuittamattomia lääkelistoja. Kolmas alaluokka on lääkkeidenjakotilan puutteet. Lääkkeidenjakotilan koettiin olevan levoton läpikulun vuoksi. Siellä on vastanneiden mielestä liian ahdasta, pöytätilaa on liian vähän ja valaistus on liian vähäinen. Kesällä lääkehuoneen lämpötilan koettiin olevan liian korkea, mikä aiheutti vastanneissa huolta lääkkeiden säilyvyydestä.

Epäselvät lääkelistat --> on kirjattu käsin ja tehty muutoksia/tarkennuksia. Myös lääkärit tekevät koneelle lääkelistalle epäselvästi, lääke voi olla merkittynä t=tarvittaessa, vaikka tarkoitus on että lääke menisi säännöllisesti.

Tilat ovat ahtaat, huoneissa mm. läpikulkua. Päällekkäiset työtehtävät (lääkehoitajan vastuulla mm. RR-mittaukset). Melu ja hälinä.

Tullaan kysymään tarv. kipulääkkeitä ja joutuu keskeyttämään lääkkeidenjaon. Lisäksi keskeytyksiä aiheuttaa puhelinsoitot ja omaiset. Ilta vuorossa ja viikonloppuna tulee eniten keskeytyksiä.

Kesällä kuuma lääkehuoneessa, toteutuuko lääkkeiden säilytys oikein (lämpötila). Kaikki lääkärit eivät kuittaa päivitettyä lääkelistaa.

Lääkkeitä paljon. Työmäärä iso lääkepäivänä yhdelle hoitajalle. Keskeytyksiä on paljon. Iltaisin häiritsee keskeytykset sekä ajoittain kiire.

Pyysimme vastaajia antamaan esimerkkejä asioista, jotka heikentävät lääkehoidon turvallista toteutumista potilashuoneessa lääkkeenantotilanteessa. Vastauksista nousi sisällönanalyysissä kaksi yläluokkaa, potilaan tunnistaminen ja hoitotyö potilashuoneessa. Potilaan tunnistaminen koostuu kolmesta alaluokasta. Ensimmäinen alaluokka on potilasranneke. Vastanneet sairaanhoitajat olivat sitä mieltä, että potilasrannekkeiden puuttuminen heikentää potilaiden tunnistamista ja näin turvallista lääkehoitoa. Toinen alaluokka on potilaiden ja potilaspaikkojen vaihtuvuus. Tällä tarkoitettiin potilasvaihtuvuuden ja potilaiden vaihtamisen paikalta toiselle vaikutusta heikentävästi potilaiden tunnistamiseen. Kolmas alaluokka on potilaan terveydentila ja käytös. Tällä tarkoitettiin muistisairaiden tai psyykkisesti sairaiden potilaiden sekavuutta, levottomuutta ja aggressiivisuutta. Potilaat saattavat vaeltaa osastolla ja muissa potilashuoneissa. Kulkiessaan osastolla sekavat potilaat voivat ottaa muiden potilaiden lääkkeitä tai potilas voi olla muuten vain poissa omalta paikaltaan lääkkeenantohetkellä. Vastanneiden mielestä potilaan tunnistamista vaikeuttaa se, jos potilas ei ole kykeneväinen tai ei osaa sanoa omaa nimeään.

Mahdollinen alz-potilas, joka ei osaa sanoa nimeään tai sanoo kaiken "joo". Aggressiiviset potilaat. Psyykkisesti sairaat ym. Levottomat, vaeltelevat potilaat.

Vaihtuvat potilaspaikat. Potilaat eivät ole omalla paikallaan lääkkeenantohetkellä esim. ovat fysioterapiassa tai omaisten kanssa liikkeellä.

Potilailta puuttuu usein rannekkeet, saattaa olla ongelma potilaan tunnistamisessa. Esim. väärä potilas voi saada väärää lääkettä. Mm. muistisairaat potilaat voivat ottaa lääkkeitä toisten potilaiden pöydiltä --> saavat väriä lääkkeitä.

Toinen yläluokka, hoitotyö potilashuoneessa, jakautuu kolmeen alaluokkaan. Ensimmäinen alaluokka on hoitajien toiminta. Potilashuoneissa tapahtuvaa lääkehoitoa heikentävänä nähtiin inhimilliset lääkkeenannon unohtamiset ja puutteellinen potilastietojen tarkistaminen. Liian aikaisen lääkkeiden potilaspöydille viemisen nähtiin aiheuttavan lääkkeiden väärään aikaan ottamista. Vastauksista ilmeni, että potilasta syöttävä hoitaja ei aina anna lääkkeitä potilaalle ruuan yhteydessä, mikä voi johtaa lääkkeiden ottamatta jäämiseen ja niiden pöydälle kertymiseen. Toinen alaluokka on ajan puute ja häiriötekijät. Tällä tarkoitettiin kiirettä sekä muiden hoitotoimenpiteiden ja keskeytysten häiritsevää vaikutusta lääkkeenantoon. Kolmas alaluokka, epäkäytännölliset potilashuoneet, tarkoittaa potilashuoneiden puutteita, jotka vaikuttavat lääkkeenantoon. Tällaisia olivat huoneiden ahtaus ja ilmapistokkeiden puute.

Kiire --> lääkkeet unohtuvat pöydältä antaa. Epäsiistit potilaspöydät, pöydällä lojuu esim. nebulizer-lääkkeitä, joskus jopa useita. Sekä se että ilmapistokkeita on niin vähän, nebulizer-lääkkeitä joudutaan odottelemaan, niiden antoa kunnes ilmapistokkeet vapautuvat.

"Vanhoja" lääkekippoja lääkkeineen lojuu pöydällä vanhus-potilailla. Voi ottaa epähuomiossa tuplalääkityksen tyhjentämällä kaikki kupit.

Kaikki eivät tiedä "sanattomia käytäntöjä", esim ruokailun yhteydessä syötettävälle potilaalle tulee syöttäjän antaa lääkkeet, jäävät pöydälle.

Kysyimme kohderyhmältä, miten sähköinen dokumentointi (Effic) vaikuttaa lääkehoidon turvallisuuteen. Vastauksista muodostui yläluokka, lääkemääräykset ja lääkelistat. Se jakautuu kolmeen alaluokkaan. Ensimmäinen alaluokka on lääkelistojen ajantasaisuus. Sähköinen lääkelista antaa vastaajien mielestä mahdollisuuden lääkelistojen ajantasaisuuteen, mutta osa vastaajista toi esille, että lääkelistoja ei aina päivitetä tai lääkärit eivät aina kuittaa lääkelistoja päivittämisen jälkeen.

Toinen alaluokka on lääkemääräysten näkyvyys ja selkeys. Vastanneet sairaanhoitajat olivat sitä mieltä, että sähköinen lääkehoidon dokumentointi parantaa lääkemuutosten näkyvyyttä. Sähköinen dokumentointi vähentää tulkinnan virheitä sairaanhoitajan ja lääkärin välillä ja parantaa tiedonkulkua. Lääkelistoja voi sähköisen dokumentoinnin ansiosta tarkastella eri työpisteillä. Epäselviä asioita voi tarkistaa lääkkeen määränneeltä lääkäriltä, jonka nimi tulee selkeästi ilmi sähköi-

sissä dokumenteissa. Sähköisen lääkelistan nähtiin olevan helposti päivitettävissä ja lääkkeiden päällekkäisyydet poistettavissa.

Kolmas alaluokka, kaksi eri lääkelistaa, viittaa lääkehoidon turvallisuutta heikentävään tekijään. Sähköinen järjestelmä sisältää kaksi eri lääkelistaa, osastolla käytettävän lääkityksen (lääkeO) ja kotona käytössä olevan lääkityksen (lääkeL). Muutettaessa kotilääkitys osastolääkitykseksi tai toisinpäin voi muutos aiheuttaa sen, että jokin lääke ei siirry lääkelistalle. Tällöin potilas voi jäädä ilman tarvitsemaansa lääkettä. Joissain tapauksissa potilas voi saada jo hänen lopettamaansa lääkettä, koska hänen lääkelistansa on jäänyt päivittämättä. Vastanneet sairaanhoitajat totesivat kahden lääkelistan vaarantavan potilasturvallisuutta.

Lääkemuutokset näkyvät hyvin paikkakartalla keltaisena pallukkana, joka on hyvä asia ja itse lääkelistalla, esim. uudet määrätyt lääkkeet ovat punaisena.

Tietokoneelle merkityt asiat ovat mustaa valkoisella eli erehtymisen mahdollisuutta tai tulkinnan virheitä ei silloin tule kun lääkäri tekee muutokset lääkelistaan. Efficia parempi kuin se että hoitaja kirjaa lääkärin sanelusta lääkemääräykset.

2 lääkelistaa hankaloittaa lääkehoitoa ja on työlästä. LääkeL voi olla vuosia vanha tai puutteellinen, potilaan nykylääkityksestä ei aina ole mitään tietoa. Lääkäri ei aina tarkista lääkeO:ta eikä kuittaa sitä. Potilas voi saada jo lopetettua lääkettä osastolla tai jäädä ilman kotilääkettään.

Lääkehoidon turvalliseen toteutumiseen vaikuttavia asioita selvitimme lisäksi jo aiemmin esittelemällämme (kappale 5.1) kysymyksellä, mitkä asiat takaavat turvallisen lääkehoidon toteutumisen kohderyhmän työpaikalla. Vastauksista nousi esille lääkehoidon toteuttamiseen vaikuttavia tekijöitä, joita olivat lääkkeiden kaksoistarkistus, selkeät ja ajantasaiset lääkehoidon merkinnät ja lääkemääräykset, lääkehoitaja, resurssit lääkehoidon toteuttamiselle ja lääkehuone. Lisäksi vastauksista nousi esille työilmapiiriin ja työhön liittyviä tekijöitä, joita olivat hyvä työilmapiiri, selkeät ohjeet ja tiedonkulku, hoitajien ammattitaito ja selkeä työnjako.

Alla olevassa kuviossa (KUVIO 7) näkyvät kohderyhmän esiin tuomat tärkeimmät turvallisen lääkehoidon toteutumiseen vaikuttavat asiat.



KUVIO 7. Turvallisen lääkehoidon toteutumiseen vaikuttavat asiat

5.4 Turvallisen lääkehoidon kehittäminen

Selvitimme kohderyhmän tarpeita ja toiveita turvallisen lääkehoidon kehittämiseksi toimintaympäristössä. Kysyimme kohderyhmältä heidän toiveitaan turvallisen lääkehoidon kehittymiselle heidän työpaikallaan ja mistä lääkehoitoon liittyvistä asioista tarvittaisiin lisäkoulutusta.

Kysyimme kohderyhmältä, millaisia toiveita heillä on turvallisen lääkehoidon kehittymiselle heidän työpaikallaan. Yläluokkia muodostui kolme, virheiden ehkäisyyn tähtäävä toiminta, lääkkeidenjakotila ja koulutus. Virheiden ehkäisyyn tähtäävä toiminta jakautuu neljään alaluokkaan. Ensimmäinen alaluokka, lääkelistat, nousi vastauksissa esiin ajatuksena, että käytössä tulisi olla yksi lääkelista, eli ei erillisiä lääkelistoja kotona ja osastolla. Lääkärien tulisi vastanneiden mielestä kiinnittää enemmän huomiota lääkelistoihin. Lääkelistojen tulisi olla ajantasaiset ja oikein laaditut. Toinen alaluokka, lääkehoidon toteuttaminen, tarkoittaa toivetta siitä, että

lääkehoidon toteuttamiselle olisi enemmän aikaa. Henkilökuntaa lisättäisiin tai potilasmäärää hoitajaa kohden vähennettäisiin. Vastauksissa tuli esiin toive henkilökunnan lisäämisestä lääkehoidon toteuttamiseen ja siitä, että lääkehoitaja saisi keskittyä vain potilaiden lääkehoitoon ilman muita työtehtäviä. Vastanneet toivoivat selkeitä työnkuvia lääkehoitoa toteuttaville. Kolmas alaluokka on hoitohenkilökunnan yhteistyö, jolla tarkoitettiin koko hoitohenkilökunnan sitoutumista samoihin asioihin. Kaikkien hoitajien toivotaan huolehtivan potilaspöydille tuotujen lääkkeiden annosta. Kohderyhmä toivoi lääkärin ja sairaanhoitajan välisen yhteistyön kehittämistä. Neljäs alaluokka on epäkohtien läpikäynti. Vastanneet sairaanhoitajat toivoivat, että ongelmakohdat käytäisiin läpi palaverissa, virheitä aiheuttaneisiin syihin pyritäisiin vaikuttamaan ja tehdyistä virheistä opittaisiin.

Lääkelistat ajantasaiset ja oikein laaditut (--> lääkärit!) Lisää henkilökuntaa lääkkeenjako.

Virhetilanteisiin mietittäisiin ratkaisuja. Esim olosuhteista, mikä vaikuttaneet virheen syntyyn. Esim kiire, melu, häiriöt, keskeytykset, liian iso työmäärä. Pyritäisiin vaikuttamaan niihin. Se, että viikkopalaverissa käydään HAIPROt julkisesti läpi ja kehoitetaan huolellisuuteen, ei ratkaise ongelmaa eikä vähennä virheitä.

Kaikki huolehtisivat potilaan pöydälle tuotujen lääkkeiden annosta, ettei jäisi antamatta esim. silmän kostutustipat, nebulizer lääkkeet, suun sammuksia ym. koska lääkehoitaja ei välttämättä ehdi käydä tarkastamassa onko oman ryhmän potilaille annettu kaikki määrättyt lääkkeet.

Toinen yläluokka on lääkkeidenjakotila. Se jakautuu kahteen alaluokkaan, lääkkeidenjakotilan uudistaminen ja lääkkeidenjakotilan rauhoittaminen. Lääkkeidenjakotilaan toivottiin parempaa ilmanvaihtoa, sen toivottiin olevan tilavampi ja säilytystilaa toivottiin enemmän. Lääkehuoneessa toivottiin säilytettävän vain lääkehoidollisia tarvikkeita, infuusionesteitä toivottiin säilytettävän muualla. Lääkkeidenjakotilaa toivottiin rauhoitettavan, jotta lääkehoidosta vastaavan sairaanhoitajan työskentely ei keskeytyisi. Työntekijöiden välisen sosiaalisen kanssakäymisen toivottiin tapahtuvan muissa tiloissa. Lääkkeidenjakotilaa toivottiin kehitettävän kaikin puolin asianmukaisempaan suuntaan.

Iv-nesteet ja muut lääkeaineet/tarvikkeet olisivat eri huoneessa, että ei tarvitse keskeyttää jakajaa. Sosiaaliset hoitajien kanssakäymiset jakohuoneen ulkopuolella.

Isompi lääkehuonetila, jossa 2 lääkehoitajaa sekä 2 opiskelijaa niin ahdasta on. Myös ilmanvaihto/tuuletus välillä huonoa. Lääkepäivän jälkeen toisinaan on päänsärkyä. Lääkehoitohuoneen rauhoittaminen hälyltä ei onnistu vieläkään.

Kolmanneksi yläluokaksi muodostui koulutus. Se jakautuu kahteen alaluokkaan, määrä ja tasapuolisuus. Koulutusta toivottiin järjestettävän säännöllisesti ja useammin. Koulutuksien toivottiin jakautuvan tasaisemmin hoitohenkilökunnan keskuudessa.

Koulutus ajoittain uusista asioista ja muistin virkistämiseksi.

Riittävä koulutus (useamman pitäisi päästä koulutuksiin).

Tiheämmät lääkehoitokoulutukset.

Lisäkoulutustarpeesta kysyessämme vastauksista muodostui kolme yläluokkaa. Ensimmäinen yläluokka, laskimonsisäisesti toteutettava neste- ja lääkehoito, jakautuu kahteen alaluokkaan, jotka ovat iv-nestehoito ja iv-lääkehoito. Kohderyhmä koki tarvitsevansa lisäkoulutusta iv-liuoksista ja mitä niihin voi lisätä sekä keskuslaskimokatetrin kautta toteutettavasta lääkehoidosta.

Toinen yläluokka on eri sairauksien ja vaivojen lääkehoito, joka jakautuu kolmeen alaluokkaan, sairauskohtaiset lääkkeet, ikääntyneiden lääkitys ja kolmantena kivunhoito. Sairauskohtaisista lääkkeistä vastaajat mainitsivat erikseen COPD:n eli keuhkohtaumataudin, sydäntautien, Parkinsonin taudin ja verenpaineen hoidossa käytettävät lääkkeet. Vastaajat toivoivat lisäkoulutusta ikääntyneiden lääkehoidosta, ikääntyneiden kivunhoidosta ja kivunhoitoon liittyen siinä käytettävistä lääkkeistä ja kipupumppujen käytöstä.

Kolmas yläluokka, lääkkeet, jakautuu kolmeen alaluokkaan. Ensimmäinen alaluokka on lääkkeiden yhteis- ja sivuvaikutukset, jolla vastaajat tarkoittivat lisäkoulutusta eri lääkkeiden yhteensopivuuksista, yhteisvaikutuksista ja antibiooteista ja niiden sivuvaikutuksista. Toinen alaluokka on lääkkeiden säilytys ja antaminen. Vastanneet sairaanhoitajat halusivat lisäkoulutusta lääkkeiden säilytyksestä, tablettien jauhamisesta ja PEG-letkun kautta toteutettavasta lääkehoidosta. Kolmas alaluokka, uudet lääkkeet ja tuoreet lääketutkimukset, pitivät sisällään lisäkoulu-

tukset uusista lääkkeistä ja tuoreimmista lääketutkimuksista koskien jo käytössä olevia ja uusia lääkkeitä.

Nestehoitoon liittyviä asioita, esim. millä nesteytetään minkäkinlaista potilasta, uusin tieto lääkkeistä joita paljon käytetään.

Antibiooteista, niiden sivuvaikutuksista, iv-liuoksista, mitä niihin voi lisätä tms. Mitä tabletteja saa jauhaa.

Kipupumpun käytöstä, kivunhoidon erityiskysymyksistä kun potilaat pääasiassa ikääntyneitä.

Alla olevassa kuviossa (KUVIO 8) tuomme ilmi vastauksissa esiin nousseet kohderyhmän toiveet ja tarpeet turvallisen lääkehoidon kehittämiseksi.



KUVIO 8. Turvallisen lääkehoidon kehittäminen

6 POHDINTA

Käytimme kvalitatiivista tutkimusmenetelmää, koska halusimme saada monipuolista aineistoa, joka kuvaa turvallisen lääkehoidon toteutumista laaja-alaisesti. Avointa kyselylomaketta käytimme aineiston keruussa, koska tavoittelimme kohderyhmän aitoja ja rehellisiä ajatuksia. Emme halunneet heidän henkilöllisyytensä paljastuvan meille tutkijoille missään tutkimuksen vaiheessa, jotta he uskaltaisivat kertoa vastauksissaan avoimesti aiheeseen liittyvät hyvät ja huonot puolet. Jos olisimme keränneet aineiston haastattelun avulla, olisi tämä tavoite mielestämme voinut jäädä saavuttamatta. Mielestämme tavoitteemme saada monipuolista ja rikasta lääkehoidon turvallista toteutumista kuvaavaa aineistoa toteutui. Aineistoa kertyi hyvin paljon, mutta sen analysointia helpotti mielenkiintomme sisältöä kohtaan. Kyselylomakkeen rakenne ja sisältö osoittautui sisällönanalyysiä tehdesämme loogiseksi ja kattavaksi.

Opinnäytetyön teko eteni tiiviinä parityöskentelynä. Emme tehneet sisällöllisiä työnjakoja, jotta työmme laatu ja kokonaiskuva säilyisi yhtenäisenä. Tämä päätös tehdä kaikki työvaiheet yhdessä lisäsi työmääräämme, mutta toisaalta molemmat tiesivät koko ajan, missä vaiheessa opinnäytetyö on. Yhdessä tehdessä vastuu työstä ja päätöksistä jaetaan tasaisesti.

6.1 Tulosten tarkastelu

Vastausmäärissä eri osastojen kesken oli eroja. Yhdeltä osastolta saimme vastauksia kahta muuta osastoa vähemmän. Tämä pitää ottaa huomioon tuloksia yleisettäessä toimintaympäristöön. Mielestämme tutkimuksemme saturaatio täyttyi. Vastauksien sisältö alkoi toistua vastauksia läpi käydessämme. Etenkin merkittävimmät asiat toistuivat lähes jokaisessa vastauksessa.

Vastanneista sairaanhoitajista suurin osa oli työskennellyt nykyisessä työpaikassaan yli 5 vuotta. Mielestämme tämä kertoo siitä, että heillä on tietoa ja kokemusta lääkehoidosta yleensä ja lääkehoidon toteutumisesta ja kehittymisestä toimintaympäristössä. Suurin osa vastanneista oli myös sitä mieltä, ettei lääkehoidon koulutus työyksikössä ole ollut riittävää. Mielestämme lääkehoidon turvallisuutta ja

potilasturvallisuutta voitaisiin parantaa lisäämällä lääkehoidon koulutusta ja keräämällä tietyin väliajoin lääkehoitoon liittyviä oppeja.

Verratessamme vastausten sisältöä teoriapohjaamme sairaanhoitajan lääkehoidon osaamiseen kuuluvista asioista huomasimme vastauksien muodostavan kattavan kokonaisuuden sairaanhoitajan osaamisesta. Vastauksissa ei tullut esiin vuorovaiikutustaitoja, jotka ovat oleellinen osa sairaanhoitajan työtä. Voi olla, että vuorovaiikutustaidot mielletään niin luonnolliseksi osaksi hoitotyötä, ettei sitä muisteta erikseen mainita.

Uusien työntekijöiden (sairaanhoitaja) lääkehoidon perehdytyksessä vaikutti olevan vastausten perusteella huomattavia eroja erityisesti perehdytyksen pituudessa. Tutkijoina meidän oli vaikea saada käsitys perehdytyksen tarkasta sisällöstä joidenkin vastausten kohdalla. Voihan olla, että ilmoitettu kahden viikon perehdytysjakso ei ole kokonaisuudessaan lääkehoitoon perehdyttämistä vaan sisältää muuhunkin hoitotyöhön tutustumista. Toisaalta ilmoitettu yhden päivän perehdytysjakso voi olla kyseessä, kun uusi työntekijä on kokenut sairaanhoitaja tai päivien määrällä on tarkoitettu vastauksessa vain lääkehoidon perehdytystä.

Vastauksia lukiessamme tuli tunne, että lääkehoito on kohderyhmän mielestä organisoitu toimintaympäristössä kokonaisuudessaan hyvin. Joissakin asioissa ilmeni mielestämme kuitenkin tyytymättömyyttä. Lääkehoitaja nähtiin tarpeellisena ja työnkuva suurelta osin toimivana, mutta hänen työnkuvaansa koettiin kuuluvan hänelle kuulumattomia työtehtäviä, mikä aiheuttaa kuormitusta lääkehoitajalle. Saimme sellaisen kuvan, että kohderyhmä toivoisi lääkehoitajan työnkuvan päivittämistä.

Lääkehoitoon liittyvä potilasohjaus ilmeni vastauksissa mielestämme positiivisesti sen ollen monipuolista ja potilaan terveydentilan ja toimintakyvyn huomioon ottavaa. Ohjauksen ohella lääkehoidon toteutuskin vaikutti olevan potilaan yksilölliset tarpeet huomioon ottavaa. Sairaanhoitajat tuntuivat pitävän huolta potilaasta ja toimivan hänen parhaakseen lääkehoidon suunnittelussa, arvioinnissa ja toteutuksessa. Vastausten mukaan sairaanhoitajat huolehtivat hyvin potilaan lääkkeen saannista vaihtamalla esimerkiksi lääkemuodon potilaalle sopivaksi, mutta tabletti-

en jauhamiseen liittyen työyhteisössä näytti vastausten perusteella olevan parannettavaa. Vastauksissa ilmeni, että joskus myös depot-valmisteitakin jauhetaan. Vastauksista tuli selvästi esiin työhön liittyvä kiire, mikä voi mielestämme osaltaan vaikuttaa siihen, että kokonaisina annettavaksi tarkoitettuja lääkevalmisteita avataan, puolitetaan tai jauhetaan. Syynä voi olla myös se, ettei vastaavaa lääkeainetta ole muussa muodossa.

Mielestämme vastauksista kävi ilmi, että sairaanhoitajat kirjaavat huolellisesti lääkkeenannon. Vastanneet tiedostivat kuitenkin lääkehoidon vaikutuksen seurannan ja sen kirjaamisen puutteellisuuden työpaikallaan. Valtaosa vastanneista totesi seurannan olevan puutteellista. Toisaalta lääkehoidon vaikutuksen seurannan keinot näyttivät olevan monipuolisia. Mietimme, mistä johtuu, että seuranta kuitenkin jää vähemmälle huomiolle. Onko syynä taas kiire ja työntekijöiden vähyys? Ainakin eräästä vastauksesta kävi ilmi, että syynä pidettiin työvoiman vähyyttä.

HaiProon raportoitavia ja raportoimattomia tilanteita tiedustellessamme muutamissa vastauksissa vastaaja ei ilmoittanut, tarkoittiko hän niitä tilanteita, jotka raportoidaan vai niitä joita ei raportoida. Tällöin vastauksia oli mahdoton tulkita eikä niitä voitu ottaa huomioon tuloksissa. Ymmärrämme nyt, että kysymys olisi kenties kannattanut jakaa kahdeksi erilliseksi kysymykseksi. Osa vastanneista kertoi raportoivansa läheltä piti -tilanteet HaiProon, kun taas osa kertoi jättävänsä ne raportoimatta. Kaksoistarkistuksessa ilmenneet virheet jäivät pääsääntöisesti raportoimatta, ja suurin osa vastanneista ilmoitti potilaalle asti menneet lääkepoikkeamat raportoitavan. Eli saimme kuvan, että joidenkin tilanteiden kohdalla kohde-ryhmässä vallitsi yhtenevä käytäntö kun taas joidenkin, kuten läheltä piti -tilanteiden kohdalla, raportointi-käytäntö erosi sairaanhoitajien välillä. Mielestämme olisi hyvä, että hoitajien keskuuteen saataisiin yhteneväinen käsitys siitä, mitkä tilanteet toivotaan raportoitavan. Tämä tuli mielestämme ilmi vastauksessa, jossa vastaaja ilmoitti, ettei aina tiedä, mitkä tilanteet tulisi raportoida.

Mielestämme HaiProon raportoimattomien tilanteiden arvioidun määrän vaihtelu vastauksissa oli huomattava, 1-20 raportoimatonta tilannetta viikossa. Keskiarvo oli 6,3 raportoimatonta tilannetta viikossa. Keskiarvona tämä tarkoittaa sitä, että jokainen sairaanhoitaja näkee työvuoronsa aikana tilanteen, joka jää raportoimat-

ta. Härkäsen (2014) väitöstutkimuksen mukaan joka viidennen lääkkeen antamisen yhteydessä oli havaittu poikkeama. Suuri vaihteluväli raportoimatta jäävien tilanteiden määrän arvioinnissa voi johtua edellä mainitsemaamme eroon sairaanhoitajien käsityksistä siitä, mitkä tilanteet tulee raportoida. Syyksi HaiPro-ilmoitusten tekemättä jättämiselle nousi miltei jokaisessa vastauksessa kiire. Kiire nousi esiin vaaratapahtumien myötävaikuttavana tekijänä lääkkeen antotilanteessa myös Härkäsen (2014) väitöstutkimuksessa. Parin vastauksen osalta meitä yllätti se, etteivät kaikki pitäneet vaaratilanteiden raportointia tärkeänä eivätkä kokeneet sillä olevan vaikutusta vaaratilanteisiin johtaneiden syiden kehittämiseen. Mielestämme vastauksissa noussut yhteisöllisyys ja haluttomuus syytellä muita työkavereita on hyvä asia, mutta toisaalta niitäkään tilanteita ei saa jättää raportoimatta potilasturvallisuuden kustannuksella. Mielestämme kunkin sairaanhoitajan ja johtamistasolla olevan tulisi aika ajoin muistuttaa itseään siitä, mitä varten HaiPro-ohjelma on kehitetty. Tarkoituksena ei ole kenenkään yksittäisen henkilön syytely vaan tilanteista oppiminen ja näin toiminnan kehittäminen.

Vastauksista ei jäänyt epäselväksi se, kuinka suurena potilasturvallisuutta uhkaavana tekijänä kahta erillistä lääkelistaa (lääkeO ja lääkeL) pidettiin. Mielestämme erilliset lääkelistat lisäävät huomattavasti sairaanhoitajan työmäärää potilaan tullessa osastolle. Erityisesti potilaan lääkelistan ollessa pitkä lisääntyy riski lääkelistojen eroavaisuuksien tai virheiden huomaamatta jäämiselle. Mielestämme jokin lääke voi jäädä saamatta tai potilas voi saada lääkettä, jonka käytön hän on lopettanut. Jos potilaan terveydentila on niin huono, ettei hän voi ilmaista itseään tai ei muista omaa lääkitystään, lisääntyy riski virhelääkitykselle edelleen.

Vastauksista huokui tyytymättömyys lääkkeidenjakotiloja kohtaan. Tilojen koettiin haittaavan lääkehoidon turvallista toteuttamista. Osastojen lääkkeidenjakotilat ovat erilaisia, minkä vuoksi vastauksissa ilmeni erilaisia mielipiteitä lääkkeidenjakotilan puutteista. Lääkkeidenjakajan työskentelyn koettiin keskeytyvän usein suurimmas-
sa osassa vastauksista. Osan keskeytyksistä mainittiin olevan lähtöisin muista työntekijöistä, minkä koimme yllättävänä. Jokaisen kohderyhmän jäsenen luulisi tietävän, miten häiriöt vaikuttavat lääkehoitajan lääkehoitoon keskittymiseen.

Meidät yllätti ilmapistokkeiden puuttuminen joiltakin potilaspaikoilta. Mielestämme toimiva ilmapistoke tulisi olla jokaisella potilaspaikalla, koska nebulisaattorin avulla annettavan lääkehoidon tarve on nykyään melko yleistä ja osastohoitoa tarvitsevilla potilailla on usein myös lisähapen tarve. Riski lääkkeenannon unohtamiselle mielestämme kasvaa, jos nebulisaattorin avulla annettavien lääkkeiden anto viivästyy ilmapistokkeiden puuttumisen vuoksi.

Kohderyhmä toi esiin potilaspaikkojen vaihtelun vaikutuksen turvallisen lääkehoidon toteutumiseen. Uskomme potilaspaikkojen vaihtelun olevan valitettava seuraus terveydenhuollon ylikuormituksesta. Paikkoja on pakko vaihdella, jotta saadaan mahdollisimman paljon potilaspaikkoja käyttöön niitä tarvitseville. Haastetta tuottaa se, että eri sukupuolta olevien potilaiden tulisi olla eri huoneissa.

Vastanneet toivat esiin osastolla vaeltelevien, sekavien potilaiden olevan ongelma lääkehoidon turvallisen toteuttamisen kannalta. Nämä potilaat voivat ottaa muiden potilaiden lääkkeitä, koska ne on viety potilaspöydille etukäteen. Vaeltelevat potilaat tuovat myös haastetta potilaiden tunnistamiseen, mihin voitaisiin mielestämme vaikuttaa potilasrannekkeiden säännönmukaisella käytöllä. Voitaisiinko lääkekuppeihin jaetut lääkkeet viedä potilaspöydille vasta juuri ennen ruokailua, jotta tällainen lääkehoidon turvallisuuteen vaikuttava tekijä minimoitaisiin?

Kyselylomakkeeseen viimeiseksi kysymykseksi lisäsimme kysymyksen, millaisia toiveita sairaanhoitajilla on turvallisen lääkehoidon kehittämiseksi työpaikallaan, koska halusimme antaa sairaanhoitajille mahdollisuuden tuoda omia ideoitaan ja ajatuksiaan esiin. Toiveet turvallisen lääkehoidon kehittämiseksi eivät yllättäneet meitä. Koko aineistossa uudelleen esiin nousseina kehityskohteina olivat kiireen vähentämiseen tähtäävät toimet ja lääkkeenjako-tilan kehittäminen lääkehoidon turvallisuutta edistäväksi. Aineistosta nousivat mielestämme kehitystä vaativiksi osa-alueiksi myös lääkelistat ja lääkehoidon vaikutuksen seuranta ja sen kirjaaminen.

6.2 Opinnäytetyön eettisyys

Tutkimusta tehdessä tieteellisten käytäntöjen asianmukaisesta noudattamisesta on vastuussa tutkija itse (Tutkimuseettinen neuvottelukunta 2012). Eettistä pohdintaa vaativat alueet tutkimusta tehdessä voidaan jakaa kolmeen pääryhmään. Osa-alueet ovat tutkimusaiheen valinta, tutkimuksen kohteena olevien henkilöiden kohdelu ja epärehellisyyden välttäminen kaikissa tutkimuksen vaiheissa. Tutkimusaiheen valinnassa täytyy miettiä aiheen merkittävyyttä. Kenestä tai mistä tutkimuksen aihe on lähtöisin? Kuka aiheen valitsee? Miksi tutkimus tehdään? Tutkimuksen kohteena olevien henkilöiden ja heiltä saadun tiedon parissa toimiessa täytyy muistaa kohderyhmän vapaaehtoisuuden, anonymiteetin ja luottamuksellisuuden takaaminen sekä aineiston asianmukaisesta keruusta, käsittelystä, säilytyksestä ja tuhoamisesta huolehtiminen. Lähestymistapa ja tiedonkeruumenetelmä on hoidettava inhimillisellä tavalla. Tutkimus ei saa vahingoittaa kohderyhmää (Latvala & Vanhanen-Nuutinen 2001, 39). Rehellistä tutkimustyötä tehdessä on kiinnitettävä huomiota muutamiin periaatteisiin. Plagiointia ei saa harrastaa. Muita tutkimuksen tekoon osallistuneita ei saa vähätellä. Tutkija ei saa esittää omia aikaisempia tutkimuksia uutena tietona. Tutkimustuloksia esitellessä tulee noudattaa objektiivisuutta eikä tuloksia saa yleistää ilman kritiikkiä. Tulosten esittely ei saa olla harhaanjohtavaa eikä vajavaista. Tutkimukseen myönnettyjä määrärahoja saa käyttää ainoastaan tutkimustarkoitukseen. (Hirsjärvi, Remes & Sajavaara 2009, 24-27.)

Tutkimusaiheen tekee merkittäväksi se, että toive tutkimukselle tuli työelämältä. Kokkolan terveystieteiden tutkimuskeskuksen toive oli saada tietoa turvallisen lääkehoidon toteutumisesta vuodeosastoilla. Aiheen valintaan vaikutti myös henkilökohtainen kiinnostuksemme lääkehoidon turvallisuutta kohtaan. Nämä vahvistavat opinnäytetyömme eettisyyttä.

Opinnäytetyömme eettisyyttä vahvistaa kyselylomakkeen täyttämisen ja näin tutkimukseen osallistumisen vapaaehtoisuus. Kaikilla toimintaympäristön sairaanhoitajilla oli yhtäläinen mahdollisuus osallistua tutkimukseen. Nimetön, avoin kyselylomake aineistonkeruutapana takasi vastaajan anonymiteetin säilymisen. Tutkijoina emme tulleet tietämään lomakkeen täyttäneen sairaanhoitajan henkilöllisyyttä. Vastaajat palauttivat kyselylomakkeet suljettuun palautuslaatikkoon. Aineisto säily-

tettiin lukitussa tilassa ja aineisto tuhottiin opinnäytetyön valmistuttua. Autenttisia lainauksia käytimme tulososassa siten, että niistä ei voi kenenkään henkilöllisyyttä tunnistaa. Edellä mainitut asiat edesauttavat vastaajan anonymiteetin säilymistä. Vastaajan yksityisyydestä ja tietosuojasta huolehtiminen tutkimuksen joka vaiheessa vähentää tutkittavalle mahdollisesti tutkimuksen myötä koituvien taloudellisten ja sosiaalisten haittojen todennäköisyyttä (Tutkimuseettinen neuvottelukunta 2014).

Opinnäytetyömme joka vaiheessa olemme varmistaneet toimillamme, ettemme työllämme vahingoita kohderyhmää. Tulokset olemme esittäneet rehellisesti, mutta siten, etteivät ne loukkaa ketään. Välttämällä kohderyhmän loukkaamista sekä kertomalla kohderyhmälle tutkimuksemme tarkoituksen, tavoitteen ja sen toteutuksesta osoitamme arvostuksemme heitä kohtaan. Arvostuksemme tietoperustassa käyttämiemme teoksia kohtaan näkyy siten, että emme ole plagioineet tai esittäneet niiden sisältämiä tietoja ominamme emmekä vähättele niiden sisältämää tietoa.

Olemme noudattaneet rehellisyyttä tutkimuksemme jokaisessa työvaiheessa. Kyselyllä saamamme aineisto on esitetty tutkimustulosten esittelyosiossa objektiivisesti, todenmukaisesti ja mitään pois jättämättä. Tuloksia tarkastellessamme emme tehneet aineiston pohjalta yleistyksiä ilman syvällistä ja kriittistä pohdintaa.

6.3 Opinnäytetyön luotettavuus

Kvalitatiivisen tutkimuksen luotettavuuden arviointi perustuu tutkimuksen tekijään, aineiston laatuun, aineiston analyysiin ja tutkimustulosten esittämiseen siten, että aineiston ja tutkimustulosten välinen yhteys pystytään osoittamaan. Kvalitatiivisen tutkimuksen luotettavuuden arvioinnissa kiinnitetään huomiota tutkimuksen totuusarvoon, sovellettavuuteen, pysyvyyteen ja neutraaliuteen. (Latvala & Vanhanen-Nuutinen 2001, 36.) Tutkimuksessa pyritään välttämään luotettavuuteen vaikuttavia virheitä. Tutkimuksen luotettavuutta arvioidessa nousee esiin se, kuinka perusteellisesti ja tarkasti tutkija selittää tutkimuksen kulkua sen kaikissa vaiheissa. Sisällönanalyysin vaiheet ja siihen liittyvä tutkijan oma päätöksenteko tulee kuvata. Tutkijan tulee kertoa, mihin hänen tulosten tulkintansa perustuu. Aineiston

tuottamisen olosuhteet tulee kuvata ja arvioida selvästi ja rehellisesti. (Hirsjärvi, Remes & Sajavaara 2009, 231-233.) Aineiston luokittelun luotettavuutta parantaa se, että luokittelun tekemiseen osallistuu useampi henkilö. Tällä parannetaan luokittelun tulosten oikeellisuutta. (Latvala & Vanhanen-Nuutinen 2001, 37.)

Kyselylomakkeeseen vastaaminen oli kohderyhmälle vapaaehtoista. Kyselyyn osallistujat saivat runsaasti aikaa vastata kyselyyn heille sopivana ajankohtana. Tällä pyrimme parantamaan vastausten laadun ja luotettavuuden säilymistä. Anonymiteetin säilyttämisellä pyrimme siihen, että vastaajat uskaltaisivat vastata rehellisesti kyselyyn. Kerroimme kohderyhmälle saatekirjeessä, kuinka tulemme huolehtimaan siitä, ettei vastaajien henkilöllisyys tule ilmi tutkimuksen missään vaiheessa. Tämän lisää opinnäytetyömme luotettavuutta.

Opinnäytetyömme luotettavuutta tukee tuoreiden lähteiden monipuolinen ja rehellinen käyttö. Aineiston työstämisessä ja tutkimustulosten esittämisessä on noudatettu rehellisyyttä. Tulokset perustuvat saamaamme aineistoon, mikä näkyy työmme lopussa olevasta sisällönanalyytiesimerkistä (LIITE 4).

Tutkimuksemme on toteutettu ja tulokset on esitetty neutraalisti antamatta omien mielipiteidemme vaikuttaa niihin. Olemme kiinnittäneet paljon huomiota virheiden minimoimiseen työmme joka vaiheessa. Tässä suurena tekijänä on ollut se, että olemme tehneet jokaisen työvaiheen yhdessä työparina. Jokainen päätös ja kirjoitettu asia on mietitty tarkoin, jotta se on todenmukainen. Etenkin sisällönanalyysiä tehdessämme ja tuloksia esitellessämme huomasimme mahdolliset tulkinnanvaraiset ilmaisut. Vastaukset, joiden sisältö jäi pohtimisesta huolimatta epäselväksi, jätimme huomiotta, jotta opinnäytetyömme luotettavuus ei kärsisi.

Olemme pyrkineet kuvaamaan opinnäytetyömme työvaiheet siten, että lukija ymmärtää, miten opinnäytetyömme on rakentunut, miten aineisto on saatu, miten sitä on käsitelty sisällönanalyysin avulla ja tutkimustulosten yhteyden aineistoon. Tämän olemme esittäneet käyttämällä autenttisia lainauksia monipuolisesti.

6.4 Oma oppiminen

Opinnäytetyön tekeminen opetti meille tiedonhakua. Opimme käyttämään sähköisiä tiedonhaun välineitä apunamme ja löytämään työmme kannalta oleellisen tiedon. Työskentelymme aikana tutustuimme tutkimusprosessin eri vaiheisiin ja opimme, mitä tulee ottaa huomioon missäkin vaiheessa, jotta työn etiikka ja luotettavuus säilyy.

Opimme kyselylomakkeen laatimista tarkoitusta varten ja rakentamaan sen, jotta se vastaisi tutkimuskysymyksiin. Ymmärsimme sisällönanalyysiä tehdessämme kyselylomakkeen rakenteen tärkeyden laadukkaan ja selkeän aineiston saamiseksi. Pääosin onnistuimme kyselylomakkeen laatimisessa, mutta pari kysymystä olimme voineet muotoilla toisin, jotta vastaajat olisivat ymmärtäneet selvemmin, mitä kysymyksellä haimme. Tällainen kysymys oli esimerkiksi, mitkä tilanteet raportoidaan tai jäävät raportoimatta HaiPro-ohjelmaan. Huomasimme kyselylomakkeen pituuden verottaneen vastausten laatua jossain määrin. Saimme paljon laadukasta aineistoa, mutta muutaman lomakkeen kohdalla huomasimme vastausten muuttuvan suppeammiksi loppua kohden. Rakensimme kyselylomakkeesta tietoisesti sen pituisen, kuin se on. Mielestämme suppeammalla kyselylomakkeella emme olisi saaneet vastauksia tutkimuskysymyksiimme.

Me molemmat teimme ensimmäistä kertaa induktiivista sisällönanalyysiä, joten se toi meille mielenkiintoisen haasteen. Koska aineistomme oli niin laaja, meidän piti pohtia, miten saisimme sen järkevästi analysoitua. Päätimme käyttää Excel-ohjelmaa ja sen eri toimintoja, jotta aineisto pysyy selkeänä ja helposti käsiteltävänä koko sisällönanalyysin ajan. Opimme sisällönanalyysiä tehdessämme etsimään suurestakin aineistosta yhtäläisyyksiä ja eroavaisuuksia.

Tulosten esittelyssä opimme esittämään tulokset objektiivisesti ja lukijalle mahdollisimman ymmärrettävästi. Tuloksia kokonaisuutena pohtiessamme opimme havaitsemaan aineistosta esiin nousseet merkittävät asiat. Olemme oppineet opinnäytetyön kirjoitusvaiheessa tekstin jäsentelyä loogiseksi kokonaisuudeksi.

Parityöskentelystä ja ulkoisten tahojen kanssa toimimisesta olemme oppineet toisen kunnioittamista ja huomioon ottamista. Olemme oppineet tekemään kompromisseja ja löytämään kaikkia tyydyttäviä ratkaisuja. Olemme ymmärtäneet parityöskentelyn hyvät puolet. Toinen motivoi toista ja virheiden mahdollisuus pienee, kun työtä tehdään yhdessä. Parityöskentely on parhaimmillaan antoisaa ja molempien näkemyksen täyttävää, tuloksellista työtä.

6.5 Tulosten hyödynnettävyys ja jatkotutkimushaasteet

Tuloksia voidaan käyttää lääketurvallisuuden kehittämiseen Kokkolan terveyskeskussairaalassa. Opinnäytetyössämme näkyy hyvin kohderyhmän näkemys ja mielipiteet turvallisen lääkehoidon nykytilasta. Opinnäytetyömme tuo esiin merkittävimmät kohderyhmän ajatukset kehittämistarpeista, mikä on rikasta tietoa kohdeorganisaatiolle.

Jatkossa olisi mielenkiintoista tutkia turvallisen lääkehoidon toteutumista samassa ympäristössä olettaen, että organisaatio ja työyksiköt olisivat kehittäneet toimintaansa turvallista lääkehoitoa edistävämmäksi. Tällöin uudella tutkimuksella voisi selvittää, onko kehittämistoimilla ollut toivottu vaikutus turvallisen lääkehoidon kehittymiselle. Toisena jatkotutkimushaasteena näemme lisätutkimuksen HaiProsta. Tutkimuksella selvitettäisiin mitkä asiat kohderyhmä raportoi ja jättää raportoimatta HaiProon, miksi joitakin asioita ei raportoida ja raportoimattomien tilanteiden lukumäärä. Tuloksia voitaisiin käyttää raportointikäytäntöjen yhtenäistämiseen. Tutkimus suunnattaisiin suuremmalle kohderyhmälle, kvantitatiivista tutkimusmenetelmää käyttäen. Aineistonkeruu voisi tapahtua Webropol-kyselynä tai kyselylomakkeella, jotta vastaajien anonymiteetti säilyisi. Tämä tutkimus tukisi johdannossa esittelemämme Sosiaali- ja terveysministeriön 2011 julkaiseman raportin, Lääkepolitiikka 2020, tavoitetta kehittää vaaratapahtumien raportointia.

LÄHTEET

Downie, G., Mackenzie, J., Williams, A. & Hind, C. 2008. Pharmacology and medicines management for nurses. 4. uudistettu painos. Edinburgh: Churchill Livingstone.

Elliott, M. & Liu, Y. 2010. The nine rights of medication administration: an overview. Pdf-tiedosto. Saatavissa:
http://www.google.fi/url?url=http://www.researchgate.net/publication/42542093_The_nine_rights_of_medication_administration_an_overview/links/0912f50d0e0834b91d000000&rct=j&frm=1&q=&esrc=s&sa=U&ei=UygQVLfnC-X9ygO33IH4Cg&ved=0CBcQFjAA&usq=AFQjCNFQJUs0XAYL1BIGF7CAasAgPDsXTQ. Luettu 15.9.2014.

Erkko, P. & Johansson, P. 2013. Lääkehoidon kirjaaminen. Teoksessa I. Ranta (toim.) Hoitotyön vuosikirja 2013. Sairaanhoidaja & lääkehoito. Helsinki: Fioca Oy, 149–151.

Forsbacka, J. & Nousiainen, A. 2013a. Lääkehoidon toteuttaminen. Teoksessa M. Mustajoki (päätoim.) Sairaanhoidajan käsikirja. 8. uudistettu painos. Helsinki: Kustannus Oy Duodecim, 800.

Forsbacka, J. & Nousiainen, A. 2013b. Lääkkeiden tilaaminen ja säilyttäminen. Teoksessa M. Mustajoki (päätoim.) Sairaanhoidajan käsikirja. 8. uudistettu painos. Helsinki: Kustannus Oy Duodecim, 801.

Hirsjärvi, S., Remes, P & Sajavaara, P. 2009. Tutki ja kirjoita. 15. uudistettu painos. Helsinki: Kustannusosakeyhtiö Tammi.

Härkänen, M. 2014. Medication-related Adverse Outcomes and Contributing Factors among Hospital Patients. Itä-Suomen yliopiston terveystieteiden tiedekunta, väitöstutkimus. Pdf-tiedosto. Saatavissa:
http://epublications.uef.fi/pub/urn_isbn_978-952-61-1636-5/urn_isbn_978-952-61-1636-5.pdf. Luettu 17.3.2015.

Janhonen, S. & Nikkonen, M. 2001. Laadullinen tutkimusmetodologia hoitotieteellisen tiedon tuottamisessa. Teoksessa M. Nikkonen (toim.) Laadulliset tutkimusmenetelmät hoitotieteessä. Helsinki: Werner Söderström osakeyhtiö, 15.

Kinnunen, M. 2013. Turvallinen lääkehoito. Teoksessa I. Ranta (toim.) Hoitotyön vuosikirja 2013. Sairaanhoidaja & lääkehoito. Helsinki: Fioca Oy, 99, 107.

Kokkolan kaupunki. 2015. Terveyskeskussairaala Kokkola. Www-dokumentti. Saatavissa:
http://www.kokkola.fi/palvelut/sosiaali_ja_terveyspalvelut/terveys/sairaanhoido/terveyskeskussairaala/. Luettu 10.2.2014.

Koskinen, T. & Turunen, P. 2012. Lääkehoidon hyvä hygienia. Lääketietoa ammattilaisille. Helsinki: Sanoma Pro Oy.

Kotovainio, T. & Mäenpää, L. 2013a. Lääkkeenanto hengitysteihin. Teoksessa M. Mustajoki (päätoim.) Sairaanhoidajan käsikirja. 8. uudistettu painos. Helsinki: Kustannus Oy Duodecim, 801.

Kotovainio, T. & Mäenpää, L. 2013b. Parenteraalinen lääkkeenanto. Teoksessa M. Mustajoki (päätoim.) Sairaanhoidajan käsikirja. 8. uudistettu painos. Helsinki: Kustannus Oy Duodecim, 802.

Kylmä, J., Vehviläinen-Julkunen, K. & Lähdevirta, J. 2003. Laadullinen terveystutkimus – mitä, miten ja miksi? Pdf-tiedosto. Saatavissa: <http://www.terveyskirjasto.fi/xmedia/duo/duo93495.pdf>. Luettu 7.3.2014.

Laki terveydenhuollon ammattihenkilöistä 28.6.1994/559.

Latvala, E. & Vanhanen-Nuutinen, L. 2001. Laadullisen hoitotieteellisen tutkimuksen perusprosessi: Sisällönanalyysi. Teoksessa M. Nikkonen (toim.) Laadulliset tutkimusmenetelmät hoitotieteessä. Helsinki: Werner Söderström osakeyhtiö, 24–29, 36–37, 39.

Nurminen, M-L. 2012. Lääkehoito. 10–11. painos. Helsinki: Sanoma Pro Oy.

Ojala, R. 2012a. Lääkehoidon hyvä hygienia. Injektiot ja infuusiot. Teoksessa U. Kurko (toim.) Lääketietoa ammattilaisille. Helsinki: Sanoma Pro Oy, 80.

Ojala, R. 2012b. Lääkehoito sairaalassa, terveyskeskuksessa ja muussa sosiaali- ja terveydenhuollon yksikössä. Teoksessa U. Kurko (toim.) Lääketietoa ammattilaisille. Helsinki: Sanoma Pro Oy, 31–33.

Puirava, A. 2012. Lääkehoidon onnistumisen varmistaminen. Teoksessa U. Kurko (toim.) Lääketietoa ammattilaisille. Helsinki: Sanoma Pro Oy, 157–159, 166.

Saano, S. & Taam-Ukkonen, M. 2013a. Lääkehoidon käsikirja. Helsinki: Sanoma Pro Oy.

Saano, S. & Taam-Ukkonen, M. 2013b. Lääkehoidon osaamisen ylläpitäminen ja varmistaminen työelämässä. Teoksessa I. Ranta (toim.) Hoitotyön vuosikirja 2013. Sairaanhoidaja ja lääkehoito. Helsinki: Fioca Oy, 27–28.

Safe pharmacotherapy. National guide for pharmacotherapy in social and health care. 2009. Helsinki: Ministry of social affairs and health.

Sosiaali- ja terveysalan lupa- ja valvontavirasto. 2012. Lääkehoidon toteuttaminen sosiaali- ja terveydenhuollossa. Pdf-tiedosto. Saatavissa: http://www.valvira.fi/files/tiedostot/l/a/Laakehoidon_toteuttaminen.pdf. Luettu 15.9.2014.

Sosiaali- ja terveysministeriö. 2005. Turvallinen lääkehoito. Valtakunnallinen opas lääkehoidon toteuttamisesta sosiaali- ja terveydenhuollossa. Pdf-tiedosto. Saatavissa: http://www.stm.fi/c/document_library/get_file?folderId=28707&name=DLFE-4090.pdf&title=Turvallinen_laakehoito_fi.pdf. Luettu 5.9.2014.

Sosiaali- ja terveysministeriö. 2011. Lääkepolitiikka 2020 – Kohti tehokasta, turvallista, tarkoituksenmukaista ja taloudellista lääkkeiden käyttöä. Pdf-tiedosto. Saatavissa:

http://www.stm.fi/c/document_library/get_file?folderId=2765155&name=DLFE-14405.pdf. Luettu 7.3.2014.

Sosiaali- ja terveysministeriön asetus potilasasiakirjoista 30.3.2009/298.

Sosiaali- ja terveysministeriön asetus lääkkeen määräämisestä 2.12.2010/1088. Www-dokumentti. Saatavissa:

<http://www.finlex.fi/fi/laki/alkup/2010/20101088#Pid193453>. Luettu 10.3.2014.

Sulosaari, V. & Leino-Kilpi, H. 2013. Mitä on lääkehoidon osaaminen? Teoksessa I. Ranta (toim.) Hoitotyön vuosikirja 2013. Sairaanhoitaja & lääkehoito. Helsinki: Fioca Oy, 13–17.

Taam-Ukkonen, M & Saano, S. 2010. Turvallisen lääkehoidon perusteet. 1–2. painos. Helsinki: WSOY pro Oy.

Terveydenhuollon vaaratapahtumien raportointijärjestelmä. 2013. Www-dokumentti. Saatavissa: <http://www.haipro.fi/fin/default.aspx>. Luettu 15.9.2014.

Terveyden ja hyvinvoinnin laitos. 2009. Vaaratapahtumien raportointimenettely – opas. Pdf-tiedosto. Saatavissa:

<https://www.thl.fi/documents/10531/104889/Opas%202009%204.pdf>. Luettu 11.3.2015.

Terveyden ja hyvinvoinnin laitos. 2011. Potilasturvallisuusopas. Pdf-tiedosto. Saatavissa: <https://www.thl.fi/documents/10531/104871/Opas%202011%2015.pdf>. Luettu 26.3.2015.

Tokola, E. 2009. Lääkehoito kotona – opas lähihoitajille. 2. uudistettu painos. Helsinki: Kustannusosakeyhtiö Tammi.

Tutkimuseettinen neuvottelukunta. 2012. Hyvä tieteellinen käytäntö ja sen loukausepäilyjen käsitteleminen Suomessa. Pdf-tiedosto. Saatavissa:

http://www.tenk.fi/sites/tenk.fi/files/HTK_ohje_2012.pdf. Luettu 11.3.2015.

Tutkimuseettinen neuvottelukunta. 2014. Tutkimuseettisen neuvottelukunnan laattimat eettisen periaatteet. Www-dokumentti. Saatavissa:

<http://www.tenk.fi/fi/eettinen-ennakkoarviointi-ihmistieteiss%C3%A4/periaatteet#2>. Luettu 11.3.2015.

Vallimies-Patomäki, M., 2013. Lääkehoitoa ohjaavat normit ja periaatteet. Teoksessa I. Ranta (toim.) Hoitotyön vuosikirja 2013. Sairaanhoitaja & Lääkehoito. Helsinki: Fioca Oy, 39–43.

Valtioneuvoston asetus huumausaineiden valvonnasta. 28.8.2008/548.

Veräjänkorva, O., Huupponen, R., Huupponen, U., Kaukkila, H-S. & Torniainen, K. 2006. Lääkehoito hoitotyössä. Helsinki: WSOY.

World Health Organization. 2013. Health Technologies and Pharmaceuticals (HTP) programme. Annual report 2013. Pdf-tiedosto. Saatavissa: http://www.euro.who.int/_data/assets/pdf_file/0019/244117/Health-Technologies-and-Pharmaceuticals-HTP-programme-Annual-Report-2013.pdf. Luettu 7.3.2014.

World Health Organization. 2014. Medicines. Www-dokumentti. Saatavissa: <http://www.euro.who.int/en/health-topics/Health-systems/medicines>. Luettu 7.3.2014.

KOKKOLAN KAUPUNKI**VIRANHALTIJAPÄÄTÖS**

Yleinen päätös
Hoitotyön johtaja

30.7.2014

8 §

ASIA

Thoden Sofia ja Mäkinen Tiina, tutkimuslupan myöntäminen

PERUSTELUT

Myönnetään tutkimuslupa aiheesta: Turvallisen lääkehoidon toteutuminen terveyskeskussairaalassa. Tutkimus suoritetaan kyselytutkimuksena, kohdejoukkona ovat osastoilla työskentelevät sairaanhoitajat. Tutkimus tukee terveyskeskuksen strategisia tavoitteita ja lääkehoidon prosessin kehittämistä. Hyväksytty tutkimussuunnitelma on hakemuksen liitteenä

PÄÄTÖS**TÄYTÄÄNTÖÖNPANO**

30.7.2014



Tikkakoski-Alvarez Hannele
Hoitotyön johtaja

Sosiaali- ja terveyslautakunta

Hyvä Kokkolan terveystieteiden tutkimuskeskuksen vuodeosaston sairaanhoitaja

Olemme sairaanhoitajaopiskelijoita Centria ammattikorkeakoulussa. Teemme opinnäytetyötä koskien lääkehoidon turvallisuutta Kokkolan terveystieteiden tutkimuskeskuksessa. Opinnäytetyömme tarkoituksena on selvittää lääkehoidon turvallista toteutumista Kokkolan terveystieteiden tutkimuskeskuksessa. Opinnäytetyön tavoite on tuoda esille turvallisen lääkehoidon toteutumisen haasteita ja näin tukea turvallisen lääkehoidon kehittämistä Kokkolan terveystieteiden tutkimuskeskuksessa.

Pohjana tutkimuksellemme tarvitsemme arvokasta tietoa. Keräämme aineistoa oheisella kyselylomakkeella, jonka täyttämiseen toivomme teillä olevan hieman aikaa. Kyselylomake sisältää avoimia kysymyksiä ja tilaa vastauksillenne. Jos tilanpuute yllättää, voitte jatkaa vastauksianne sivun kääntöpuolelle. Tämä edellyttää, että merkitsette, mihin kysymykseen vastaus viittaa.

Täytettyänne kyselylomakkeen voitte palauttaa sen nimettömänä lomakkeille varattuun suljettuun palautuslaatikkoon. Toivomme teidän vastaavan 19.10. mennessä, minkä jälkeen noudamme palautuslaatikon.

Tutkimukseen osallistuminen ja kyselylomakkeen täyttö on teille vapaaehtoista. Vastaajien henkilöllisyys ei tule ilmenemään tutkimuksen missään vaiheessa ja aineistoa käsittelemme luottamuksellisesti. Tällä tarkoitamme sitä, että aineistoa säilytetään ulkopuolisten saavuttamattomissa ja sitä julkaistaan vain siinä muodossa, ettei siitä voi kenenkään henkilöllisyyttä tunnistaa. Opinnäytetyön valmistuttua tuhoamme aineiston asianmukaisesti. Valmis opinnäytetyö tulee olemaan halukkaiden luettavissa Centria ammattikorkeakoulun kirjastossa Kokkolassa.

Yhteistyöstänne kiittäen

Sofia Thodén, e-mail: sofia.thoden@cou.fi

Tiina Mäkinen, e-mail: tiina.makinen@cou.fi

Kyselylomake

1. Työsuhteeni Kokkolan terveystieteiden sairaalassa on kestänyt alle 5 v. ____ 5 v. tai yli ____.
2. Mitä lääkeshoidon koulutusta olet saanut työsuhteesi aikana?
3. Onko lääkeshoidon koulutus ollut mielestäsi riittävää? Kyllä ____ Ei ____
4. Mistä lääkeshoittoon liittyvistä asioista tarvittaisiin lisäkoulutusta?
5. Miten lääkeshoidon toteuttaminen on työyksikössäsi organisoitu?
6. Mitkä asiat takaavat mielestäsi turvallisen lääkeshoidon toteutumisen työpaikallasi?
7. Minkälaiset tekijät heikentävät lääkeshoidon turvallista toteutumista lääkkeidenjakotilanteessa lääkkeidenjakohuoneessa? (Anna esimerkkejä)
8. Minkälaiset asiat heikentävät lääkeshoidon turvallista toteutumista lääkkeidenantotilanteessa potilashuoneessa? (Anna esimerkkejä)

9. Miten ohjaat potilasta päivittäisessä lääkkeidenotossa?
10. Miten huomioit potilaan terveydentilaan liittyvät rajoitteet lääkehoidon toteuttamisessasi? (Esim. muistisairas potilas, hemipareesi potilas jne.)
11. Mitä mielestäsi kuuluu sairaanhoitajan lääkehoidon osaamiseen?
12. Miten työpaikallasi toteutuu lääkkeiden oikeaoppinen antaminen ja miten erilaisten lääkevalmisteiden vaatimukset annossa huomioidaan (Esim. tablettien jauhaminen)
- omalla kohdallasi?
 - työyhteisössä?

13. Mitä asioita kirjaat lääkelistan ulkopuolisista lääkkeidenannoista? (Esim. ylimääräinen kipulääke)
14. Miten työpaikallasi mielestäsi seurataan lääkkeiden vaikutusta potilaaseen? (Esim. lääkkeen teho/haittavaikutukset)
15. Miten potilaan lääkehoidon seuranta dokumentoidaan?
16. Miten sähköinen dokumentointi (Effic) vaikuttaa lääkehoidon turvallisuuteen? (Esim. lääkkeen määrääminen, lääkelistat jne.)
17. Miten moniammatillinen yhteistyö lääkehoidossa mielestäsi toimii työpaikallasi?
18. Miten uusi työntekijä (sairaanhoitaja) perehdytetään työpaikallasi lääkehoitoon ja sen toteuttamiseen?
19. Mistä työpaikkasi lääkehoitosuunnitelma löytyy?

Oletko perehtynyt siihen? Kyllä ____ Ei ____

20. Miten HAIPRO-ilmoitus tehdään?

21. Mitkä tilanteet raportoidaan/ jäävät raportoimatta HAIPRO-ohjelmaan?

Arvioi raportoimattomien tilanteiden määrä (kpl/viikko) _____.

Mitkä tekijät vaikuttavat siihen, että jotkin tilanteet jäävät raportoimatta?

22. Millaisia toiveita sinulla on turvallisen lääkehoidon kehittymiselle työpaikallasi?

Malli sisällönanalyysistä: kysymys 14 Miten työpaikallasi mielestäsi seurataan lääkkeiden vaikutusta potilaaseen? (Esim. lääkkeen teho/haittavaikutukset)

ALKUPERÄISILMAUS	PELKISTETTY ILMAUS	ALALUOKKA	YLÄLUOKKA
Mahdollisuuksien mukaan seurataan.	Lääkkeen vaikutusta seurataan mahdollisuuksien mukaan.	Mittaukset	
Ei tarpeeksi. Jää usein kirjaamatta oliko lääkkeestä apua. Haittavaikutukset huomataan usein liian myöhään.	Ei seurata tarpeeksi. Vaikutusta ei usein kirjata. Haittavaikutukset huomataan usein liian myöhään.	Potilaan tarkkailu	Seurannan keinot
Vas-mittari, RR-seuranta, kirjaaminen HOIT-sivulle päivittäin. Verikoevastaukset. Kipulääkkeiden vaikutusta seurataan parhaiten, sekä RR-lääkkeiden. Parantamisen varaa varmasti olisi, esim. haittavaikutukset, jotka näkyvät verikokeissa jää monesti lääkärin varaan.	VAS-mittarin avulla. RR-seurannan avulla. Seuranta kirjataan päivittäin. Verikoe-tulosten avulla. Parhaiten toteutuu kipulääkkeiden ja verenpainelääkkeiden vaikutuksen seuranta. Parantamisen varaa on.	Kysyminen	
Enemmän pitäisi seurata. Monesti annetaan lääke ja sitä ei tule kirjattua, auttoiko se. Mutta jos potilas kertoo, ettei auttanut tai tuli jotain muuta haittavaikutusta, kirjaan sen.	Pitäisi seurata enemmän. Usein vaikutusta ei kirjata. Kun potilas kertoo ettei lääke vaikuta tai jos lääkkeestä tulee haittavaikutuksia, kirjaan sen.		
Kyselemällä potilaalta. Seuraamalla vaikutusta jokapäiväisiin toimintoihin. Kirjaamalla.	Vaikutusta arvioidaan kysymällä potilaalta. Seurataan myös lääkkeen vaikutusta jokapäiväisiin toimintoihin. Vaikutus kirjataan.		
Pyritään seuraamaan teho-/haittavaikutuksia. Tarkasti ei pystytty seuraamaan. Tehoa esim. antibioottien kohdalla seurataan laboratoriotutkimuksin. Haittavaikutuksia ei aina heti huomata, koska henkilökuntaa vähän.	Lääkkeiden tehoa ja haittavaikutuksia pyritään seuraamaan. Tarkasti ei pystytty seurata. Antibioottien tehoa seurataan laboratoriotutkimusten avulla. Haittavaikutuksia joskus ei aina huomata henkilökunnan vähyyden takia.		
Vaihtelevasti.	Vaikutusta seurataan vaihtelevasti.	Riittävä seuranta	
Huonosti. Annettu lääke kyllä kirjataan potilaan papereihin, mutta harvoin kirjaan, auttoiko se.	Huonosti seurataan. Lääkkeen anto kirjataan, mutta vaikutusta ei.	Puutteellinen seuranta	Seurannan laatu
Enemmänkin saisi olla merkintää ja seuranta. Lääkkeitä kyllä annetaan kiitettävästi, jos kipuja.	Pitäisi seurata ja kirjata enemmän.	Moniammatillinen seuranta	
Lähihoitajat kentällä. Päivittäin lääkärin kierrolla. Kysymällä, seuraamalla, eleet, ilmeet, pulssi, kipu.	Lähihoitajat seuraavat vaikutusta. Lääkärinkierrolla seurataan. Kysytään potilaalta. Seurataan eleitä, ilmeitä, pulssia ja kipua.		
Ei aina toteudu.	Seuranta ei aina toteudu.		
Parantamisen varaa on.	Paremmiin voitaisiin seurata.		
Seurataan potilaan vointia. Kysytään potilaalta lääkkeen vaikutuksista. Vitaali-toimintojen mittaust.	Seurataan potilaan vointia. Kysytään potilaalta lääkkeen vaikutuksesta. Mitataan vitaalielintoimintoja.		
Päivittäisten toimintojen yhteydessä. Mielestäni kirjaamisessa pieniä puutteita.	Seurataan päivittäisten toimintojen yhteydessä. Kirjaamisessa pieniä puutteita.		
Erittäin hyvin. Jos ei vastetta, informoidaan lääkärä, joka muuttaa potilaan kipulääkityksen tarvittaessa. Annosnosto. Lasketaan paljonko (mg) saanut tarvittaessa ja nostetaan kipulääkitystä.	Seurataan erittäin hyvin. Lääkärä informoidaan tarvittaessa. Lasketaan potilaan saama lääkemäärä, jota lääkäri tarvittaessa nostaa.		
Kyselemällä, huomioimalla.	Kysymällä. Tarkkailemalla.		
Pitäisi enemmän huomioida esim. antibioottien jälkeen.	Lääkkeiden vaikutusta pitäisi seurata enemmän.		
Puutteellisesti. Vaikutusten arviointiin ja seurantaan täytyisi kiinnittää enemmän huomiota. Yleensä potilas ilmoittaa jos esim. kipulääkkeestä ei ole ollut apua.	Seuranta puutteellista ja siihen pitäisi kiinnittää enemmän huomiota. Potilas yleensä ilmoittaa jos lääkkeestä ei ole ollut apua.		
Seurataan aina.	Seurataan aina.		
Monitoriseuranta tarvittaessa.	Monitoriseuranta tarvittaessa.		
Kirjataan ylös, informoidaan lääkärä.	Kirjataan. Informoidaan lääkärä.		